

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**EMDR E *MINDFULNESS* COMO ABORDAGEM INTEGRATIVA EM
PSICOTERAPIA: UM ESTUDO DE CASO**

Francisco Emanuel Gonçalves de Almeida

Outubro 2017

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Prof.^a Doutora **Raquel Barbosa**
(FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo de texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo amor incondicional. Pela sua força paciente perante as minhas dúvidas, fraquezas e desilusões. Obrigado por me levantarem sempre que caí. Obrigado pelo dom de poder viver.

Ao meu irmão, por ser um companheiro na minha vida. Obrigado pelos risos com que desconstruímos todos os dias o que nos rodeia. Obrigado por preencheres os silêncios de forma sábia. Obrigado pela tua amizade.

À Anabela, pela cor. Pela verdade, transparência e mudança que trouxeste à minha vida. Obrigado por todos os dias que partilhamos. Obrigado pela singularidade de cada momento que passamos juntos. Obrigado por te maneres junto a mim em todas as etapas destes dois anos desafiantes.

À minha tia Genita, pelo lar que me deu. Obrigado por me teres dado a mão quando mais precisei. Dei-te a minha e acredito que a sentiste. Obrigado pelo teu perdão. Perdoa-me pelo tempo que demorei a tratar-te por “tu”. Obrigado pela marca que deixaste em todos nós. Obrigado pela tua vida.

À minha avó Eugénia e ao meu tio Alberto, pelo que me ensinaram. Por escolherem sempre com o coração. Por ver tanto da vossa bondade no meu pai. Estão comigo, em cada escolha que tomo.

Ao meu avô Manecas, pelo mistério de nunca o ter conhecido. Obrigado pela mãe que me deste. Pelas histórias que de ti me chegam e cativam. Obrigado pela surpresa de partilharmos a mesma alcunha.

Ao meu avô Silvério e à minha avó Cármen, pelo tesouro que são. Pela genuinidade com que vivem. Pelo rancho e pelo fado. Por me fazerem pensar, sem sequer o saberem, em quem sou e em quem quero ser.

À minha família, espalhada um pouco por toda a parte, pelo carinho. Aos meus padrinhos, tios e primos, por me fazerem sentir que sou especial e que faço a diferença nas vossas vidas.

À Dr.^a Teresa Chuva, pela cumplicidade. Por ser testemunha das minhas mudanças. Por ser um modelo e uma inspiração para o meu futuro. Obrigado por nunca ter desistido de mim e continuar sem o fazer.

À Professora Doutora Susana Coimbra, pela confiança. Por ser minha aliada secreta nesta aventura de levar esta ideia a bom porto. Obrigado por acreditar em mim. Por ver em mim o que outros ainda não teriam visto. Obrigado pela Mentoria.

À FPCEUP, nos seus espaços, momentos e pessoas. Pelos professores com que me cruzei, pelos colegas com que aprendi, pelos dias tristes e felizes. Obrigado aos meus amigos da Mentoria, jovens e velhos, por me fazerem sentir capaz e valioso. Obrigado pela oportunidade de crescer.

À Professora Doutora Raquel Barbosa, pela coragem. Pelo apoio, pela assertividade, pela tranquilidade com que me orientou. Obrigado pela confiança que depositou em mim e que manteve como inabalável ao longo dos meses desta aventura. Obrigado por “sair da caixa” comigo. Por arriscar em mim e neste estudo.

À Oficina de Psicologia, na pessoa da Dr.^a Cláudia Oliveira de Almeida, pela surpresa de um “sim”. Por acreditar numa invulgar ideia que caiu no seu e-mail e por abrir as portas do seu espaço para me receber. Obrigado pelo interesse, pela confiança, pelo diálogo e pelo respeito.

À terapeuta que permitiu um olhar sobre esta aventura. Obrigado pela prontidão, pela disponibilidade, pela abertura. Obrigado pelo tratamento de “igual para igual”. Obrigado por confiar em mim a sua prática profissional e, acima de tudo, a sua forma de estar e de ser.

À “Matilde”, que escondida atrás de um nome bonito, é o elemento de maior coragem nesta história. Obrigado pela ousadia da exposição a este estudo, pela partilha aberta, pela preocupação com o meu sucesso, pelo investimento e disponibilidade incansáveis. Obrigado por contar, em voz alta, os diálogos dentro de si.

Resumo

O Reprocessamento e Dessensibilização através de Movimentos Oculares (EMDR) surgiu há já 30 anos como modelo de intervenção na prática psicoterapêutica. Ao longo das três últimas décadas, variados âmbitos de investigação têm sido gerados em torno da abordagem e a literatura continua a crescer neste campo. Todavia, o EMDR persiste como desconhecido para um grande número de profissionais da área da saúde mental e continua a ser alvo de ceticismo ao nível dos seus efeitos e mecanismos de ação. Os últimos 15 anos têm também sido marcados por um crescente interesse da comunidade científica nas potencialidades do *Mindfulness*: um “antigo produto, com um novo rótulo”.

EMDR e *Mindfulness* possuem vasto potencial para a sua integração. O presente estudo procura perceber, a partir de um estudo de caso, se a integração entre EMDR e *Mindfulness* se traduz em eficácia de mudanças em terapia e quais os processos psicológicos subjacentes a essas mudanças. Para o efeito, com base no método hermenêutico de Elliott, foi explorado qualitativa e quantitativamente o processo psicoterapêutico de mudança de uma cliente, a partir dos dados obtidos pela perspectiva da cliente e da terapeuta.

Os resultados revelam uma complexidade de mudanças e suas atribuições, com o recurso conjunto a EMDR e *Mindfulness* identificado como provavelmente responsável por alguns domínios de mudança. Desta forma, concebe-se o EMDR e *Mindfulness* como estimulando respostas de distanciamento e de reperição, que desencadeiam processos de mudança baseados na construção e consolidação de novos significados.

A relação entre EMDR e *Mindfulness* é concluída como não linear e mediada por fatores do contexto terapêutico e não-terapêutico, com implicações para a formação dos profissionais da saúde mental e da prática clínica que se acerca destas duas abordagens.

Palavras-chave: EMDR; *Mindfulness*; Estudo de caso; Psicoterapia; Distanciamento; Reperição

Abstract

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) has emerged for as long as 30 years as a model of intervention in psychotherapeutic practice. Over the last three decades, a variety of research has been developed around this approach and continues to grow in this field. However, EMDR persists as unknown to a large number of mental health professionals and skepticism remains around its effects and mechanisms of action. On the other hand, the last 15 years have also been marked by a growing interest in the scientific community to the potentialities of *Mindfulness*: an “old product with a new label”.

EMDR and *Mindfulness* have vast potential for integration. This study aims to understand, as a case study, whether the integration between EMDR and *Mindfulness* translates into effectiveness of changes in therapy and seeks to explore what psychological processes underlie these changes. Based on Elliott's hermeneutic method to study change as a process, the client's psychotherapeutic process of change was explored qualitatively and quantitatively, from client's and therapist's perspectives.

The results reveal a complexity of changes and their attributions, identifying the combined resource of EMDR and *Mindfulness* as a probable explanation for some domains of change. EMDR and *Mindfulness* are conceived as stimulating distancing and re-perception responses, which develop change processes based on the creation, integration and consolidation of new meanings.

The relationship between EMDR and Mindfulness is concluded as being non-linear and mediated by factors in both therapeutic and non-therapeutic context, with implications for the training of mental health professionals and clinical practice.

Keywords: EMDR; *Mindfulness*; Case study; Psychotherapy; Distancing; Re-perception

Résumé

La Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires (EMDR) est apparue depuis 30 ans en tant que modèle d'intervention en pratique psychothérapeutique. Au cours des trois dernières décennies, diverses recherches ont été développées autour de cette approche et continuent de croître dans ce domaine. Cependant, l'EMDR persiste inconnu d'un grand nombre de professionnels de la santé mentale et le scepticisme subsiste quant à ses effets et ses mécanismes d'action. D'autre part, les 15 dernières années ont également été marquées par un intérêt dans la communauté scientifique face aux potentialités de *Mindfulness*: un «vieux produit avec un nouveau label».

EMDR et *Mindfulness* ont un vaste potentiel d'intégration. Cette étude vise à comprendre, au titre d'étude de cas, si l'intégration entre EMDR et *Mindfulness* se traduit par l'efficacité des changements dans la thérapie et cherche à explorer quels processus psychologiques sous-tendent ces changements. Basé sur la méthode herméneutique d'Elliott pour étudier le changement en thérapie, le processus de changement psychothérapeutique du client a été étudié qualitativement et quantitativement, du point de vue du client et du thérapeute.

Les résultats révèlent une complexité de changements et de leurs attributions, avec la ressource combinée entre EMDR et *Mindfulness* comme une explication probable de certains domaines du changement. EMDR et *Mindfulness* sont conçus comme des processus stimulants de distanciation et de reperception, qui développent des processus de changement basés sur la création, l'intégration et la consolidation de nouvelles significations.

La relation entre EMDR et *Mindfulness* ont conclue comme non linéaire et médiatisée par des facteurs thérapeutique et non thérapeutique, avec des implications pour la formation des professionnels de la santé mentale et pour la pratique clinique.

Mots-clés: EMDR; *Mindfulness*; Étude de cas; Psychothérapie; Distanciation; Reperception

Índice

Fundamentação teórica e enquadramento conceptual	1
1. EMDR.....	1
1.1. Aplicabilidade e constrangimentos	2
1.2. Modelo de Processamento Adaptativo de Informação.....	3
1.3. Mecanismos de ação subjacentes ao EMDR.....	4
2. Mindfulness	6
2.1. Aplicabilidade e constrangimentos	7
2.2. Mecanismos de ação subjacentes ao mindfulness.....	9
3. EMDR e Mindfulness – Uma proposta integrativa	11
4. Objetivos.....	17
5. Questões de Investigação.....	17
Método.....	18
1. Design metodológico.....	18
2. Participantes	18
3. Instrumentos	19
Apresentação e discussão dos resultados.....	23
Considerações finais	37
Limitações do estudo	38
Implicações do estudo para o contexto académico e para a prática clínica.....	39
Direções futuras.....	40
Referências bibliográficas	42
Anexos	56

Fundamentação teórica e enquadramento conceptual

1. EMDR

“The only real mistake is the one from which we learn nothing.”

- John Powell (1990)

Desde o seu desenvolvimento por Francine Shapiro a partir de 1987, o *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Reprocessamento e dessensibilização por movimentos oculares ou EMDR)* rapidamente se tornou o tratamento recomendado para a intervenção na perturbação de *stress* pós-traumático por um vasto conjunto de organizações profissionais e serviços nacionais de saúde ao longo de todo o mundo (Logie, 2014; Oren & Solomon, 2012). A distinção desta abordagem na perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) é reconhecida por entidades como o *British National Collaborating Centre for Mental Health* (NICE, 2005), a *American Psychological Association* (Chambless et al., 1998) ou a *American Psychiatric Association* (Ursano et al., 2010). A partir do primeiro estudo publicado pela investigadora (Shapiro, 1989), quase 30 anos de evidências científicas favorecem a eficácia e validade científica da abordagem, embora tenha sido desde cedo alvo de escrutínio e desacordo no seio da comunidade científica (e.g., Herbert et al., 2000).

Compreender o EMDR é perceber, em primeiro lugar, as características dos seus elementos constituintes, assim como do processo que os une entre si. Nitidamente, o elemento que se destaca na abordagem, a par de uma componente de exposição, é o respeitante aos movimentos oculares. Cabe ao terapeuta solicitar ao cliente que acompanhe o movimento das suas mãos com os olhos, à medida que as desloca de um extremo ao outro do alcance visual do cliente: um movimento ocular bilateral que deve ser executado o mais rapidamente possível sem desconforto. Podem ser usados objetos para direccionar o olhar do cliente, assim como outras formas de estimulação alternativas – auditiva ou tátil (Shapiro, 2001).

Shapiro (2001) propõe como componentes básicas do EMDR a imagem (evocação da memória e seleção do alvo), as crenças negativas (essencialmente, as crenças e avaliações negativas ou desadaptativas associadas ao acontecimento) e positivas (recursos que se procuram instalar no indivíduo), as emoções e sensações físicas associadas à evocação e processamento do alvo, e as escalas de avaliação emocional e cognitiva (a SUD – *Subjective Units of Disturbance* e a VOC – *Validity of Cognition*). Constituído por 8 fases, o procedimento típico de EMDR inclui: (1) recolha de informação; (2) preparação; (3)

avaliação; (4) dessensibilização (na qual decorre a estimulação bilateral e o processamento); (5) instalação de recursos positivos; (6) rastreio corporal (*body scan*), (7) fecho/término; e (8) reavaliação (para detalhes do procedimento, ver Shapiro, 2001).

1.1. Aplicabilidade e constrangimentos

Entre os âmbitos da aplicabilidade eficaz do EMDR, apurados em estudos controlados e de caso, encontramos, claramente, a perturbação de stress pós-traumático associada a múltiplas experiências ou enquadramentos traumáticos, como PTSD em combatentes veteranos de guerra (Blore, 1997; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, & Muraoka, 1998; Lipke & Botkin, 1992; Silver, Brooks, & Obenchain, 1995; Thomas & Gafner, 1994, White, 1998; Young, 1995), em vítimas de crimes como assaltos (e.g., Page & Crino, 1993) ou agressão, abuso e violência sexual (Edmond, Rubin, & Wambach, 1999; Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Rothbaum, 1997; Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005; Scheck, Schaeffer, & Fillette, 1998; Wolpe & Abrams, 1991) ou ainda em vítimas de acidentes ou cirurgias (e.g., PTSD derivada de queimaduras; McCann, 1992). Ainda em adultos, a sintomatologia associada a traumas ou PTSD derivada de situações distintas das supracitadas surge reduzida em diversos outros estudos (e.g., Forbes, Creamer, & Rycroft, 1994; Grainger, Levin, Allen-Byrd, Doctor, & Lee, 1997; Korn & Leeds, 2002; Puk, 1991). O luto excessivo ou patológico é também eficazmente atendido pelo EMDR (e.g., Solomon & Rando, 2007).

Ademais, o EMDR foi tido como eficaz na intervenção sobre perturbações como fobias específicas, seja a próteses dentárias, a sangue e injeções, a aranhas ou claustrofobia (de Jongh & ten Broeke, 1998; de Jongh, ten Broeke, & Renssen, 1999; Kleinknecht, 1993; Lohr, Tolin, & Kleinknecht, 1996; Lopes, Carvalho, & Barbosa, 2014; Murris & Mercklebach, 1997) ou sobre perturbações de pânico (e.g., Goldstein & Feske, 1994). Mais ainda, o EMDR aparenta ser uma resposta eficaz à perturbação de personalidade *borderline* (Brown & Shapiro, 2006), à perturbação de ansiedade generalizada (Gauvreau & Bouchard, 2008), à bulimia nervosa (Kowal, 2005) e à perturbação obsessivo-compulsiva (Nazari, Momeni, Jariani, & Tarrahi, 2011).

Os efeitos da abordagem desenvolvida por Shapiro estendem-se também a idades mais precoces, estando a sua eficácia comprovada em múltiplos estudos envolvendo crianças traumatizadas por experiências tão diversificadas como agressão, negligência, abuso sexual ou desastres naturais (e.g., Chemtob, Nakashima, & Carlson, 2002; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand, & Dolatabadi, 2004; Johnson, 1998; Pellicer, 1993).

Segundo Hyer & Kushner (2007), o EMDR parece estar contraindicado para problemas de foro psiquiátrico que envolvam, por exemplo, lesões cerebrais (e.g., demência). Inclui-se ainda a depressão severa ou quadros sintomatológicos que impliquem a presença de psicose (como na esquizofrenia, na perturbação bipolar ou na depressão com psicose), muito embora já tenham sido conduzidos estudos que atestam os benefícios da abordagem na psicose (van den Berg & van der Gaag, 2012), assim como na comorbilidade entre depressão *major* e perturbação de pânico com agorafobia (Grey, 2011). Numa revisão de literatura focada na depressão, Wood & Ricketts (2013) destacam o EMDR como potencialmente benéfico para a intervenção sobre a sintomatologia depressiva, embora se debatam com a escassez de estudos com depressão como diagnóstico principal e exclusivo.

Numa perspetiva menos patologizante, a dessensibilização e reproprocessamento por movimentos oculares permitiu ainda intervir com sucesso sobre casos como vergonha internalizada (Balcom, Call, & Pearlman, 2000) ou sobre a otimização do desempenho em domínios académicos, artísticos ou de desporto (e.g., Foster, 2012; Maxfield & Melnyk, 2000).

1.2. Modelo de Processamento Adaptativo de Informação

A consolidação do EMDR como uma abordagem psicoterapêutica integrativa (Shapiro, 2001) deveu-se, em parte, à sistematização do Modelo de Processamento Adaptativo de Informação (AIP) proposto pela autora, que salienta os sistemas cerebrais de processamento de informação como base do desenvolvimento normativo, mas também como origem da psicopatologia do indivíduo (Oren & Solomon, 2012). Segundo a conceção de Shapiro (2001), as novas informações são normalmente processadas pelo cérebro segundo um estado adaptativo; um processo possibilitado pela associação dos novos *inputs* à informação previamente existente no sistema de processamento. Este fluxo livre de informação associada pode ser perturbado pelo trauma, fazendo com que as novas memórias sejam armazenadas em conjunto com os seus elementos desadaptativos.

Assim, o armazenamento desajustado de informação toma repercussões a nível fisiológico, afetivo e cognitivo, desencadeando reações e sintomatologia adversas (Hofmann et al., 2014; Hyer & Kushner, 2007). No fundo, o sistema de processamento de informação adaptativo permite a aprendizagem humana, uma vez que o armazenamento de todos os *inputs* relevantes de informação (sensorial, cognitiva, emocional e somática) constituem os dados que orientam o indivíduo na sua experiência de si, dos outros e do mundo (Oren & Solomon, 2012).

Mas o que é, no final de contas, uma experiência traumática aos olhos do EMDR? Shapiro (2001, 2002) faz uma distinção entre aquilo que seria um trauma de “T grande” – o clássico trauma como o que seria definido, por exemplo, pelo DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) – e trauma com “t pequeno”, referindo-se aos acontecimentos de aparente menor dimensão que moldam de forma menos evidente o desenvolvimento do indivíduo e cujo efeito de processamento desadaptativo pode perfeitamente assumir o impacto daquilo que seria um trauma de “T grande”. Torna-se assim evidente a necessidade de compreender a noção de *trauma* como um conceito mais alargado, já que qualquer experiência com um impacto duradouro negativo no indivíduo pode constituir-se, em última instância, como trauma (Shapiro, 2002). Como Shapiro (2002, p. 15), aliás, elicita, “mesmo que aquilo que era potencialmente danoso para a criança não seja mais perigoso para o adulto, as percepções armazenadas é que dominam”.

Em consonância, o modelo AIP vê as crenças negativas, os comportamentos e as características de personalidade como resultando de memórias armazenadas de forma disfuncional (não-processadas) que são ativadas no presente e não como causas dos problemas presentes (Shapiro, 2001). O EMDR parece atuar como um desbloqueio do processamento de informação, acelerando a integração da informação e a aprendizagem nas suas múltiplas componentes – cognitiva, emocional, fisiológica, etc. (Shapiro & Maxfield, 2002).

1.3. Mecanismos de ação subjacentes ao EMDR

O mecanismo subjacente à ação do EMDR não é ainda consensual na literatura (Gunter & Bodner, 2009). A estimulação bilateral surge como frequentemente referida na exploração dos mecanismos de ação da abordagem, embora a preponderância do recurso aos movimentos oculares permaneça em debate (e.g., Davidson & Parker, 2001; Lee & Cuijpers, 2013). Hipóteses como a do Sono REM (movimentos oculares como responsáveis pela indução de um estado neurobiológico semelhante à fase reparadora e consolidadora da memória durante o sono; Stickgold, 2002) ou da *comunicação inter-hemisférica* (processamento da memória episódica pela comunicação entre regiões derivada ativação simultânea e equilibrada de ambos os hemisférios cerebrais; Propper & Christman, 2008) são frequentemente tidas em conta. Contudo, uma das mais promissoras hipóteses diz respeito à *memória de trabalho/operatória*.

Segundo a hipótese da memória de trabalho, a evocação da memória traumática (passado) simultânea à necessidade de manter a atenção na estimulação bilateral (presente)

constitui-se como um mecanismo de atenção dual (Logie, 2014). Quando se solicita ao indivíduo que realize simultaneamente tarefas que implicam a memória a longo prazo na recuperação das memórias e a memória operatória na manutenção da atenção na estimulação bilateral, ambas competem quanto à capacidade limitada da memória de trabalho (Baddeley, 1999; 2001). Como consequência, a memória evocada sofre um efeito de atenuação, tornando-se menos vívida e emocional (Andrade, Kavanagh, & Baddeley, 1997). A imagem-alvo torna-se vulnerável durante a evocação, levando a que, graças à ação da estimulação bilateral, o EMDR permita que a memória seja reconsolidada de forma menos vívida (van den Hout & Engelhard, 2012), num fenómeno antagónico ao efeito de *inflação pela imaginação* (Goff & Roedinger, 1998).

Como Gunter e Bodner (2009) defendem, apropriadamente, a diversidade de evidências científicas para diferentes hipóteses de mecanismos de ação do EMDR insinua que dificilmente um só mecanismo de ação pode justificar os efeitos do EMDR. Os diversos componentes de atuação “provavelmente interagem de formas complexas que só agora começamos a compreender” (Gunter & Bodner, 2009, p.162).

Não obstante, diversos autores referem-se ao EMDR como constituindo uma boa psicoterapia independentemente dos movimentos oculares (e.g., Hyer & Brandsma, 1997), uma vez que operacionaliza princípios terapêuticos sensatos, tais como o reconhecimento do papel das cognições ou o impacto das expectativas. Na verdade, a abordagem parece ter evoluído de forma a constituir uma síntese dos principais procedimentos, protocolos e orientações psicoterapêuticas tradicionais (Shapiro, 2001), seja pela vertente comportamentalista (e.g., exposição, dessensibilização sistemática, foco nas reações e comportamentos), pela orientação cognitiva (e.g., identificação de cognições e seu impacto na mudança terapêutica), pelas abordagens experienciais (e.g., desencadeamento do potencial do cliente para se autorregenerar), seja até pelas conceções psicodinâmicas (e.g., papel das experiências do passado ou processos de associação livre) ou pela orientação para o corpo, à semelhança do que acontece em psicoterapias somáticas como a psicoterapia sensoriomotora de Ogden (2006) ou a experiência somática de Levine (2010).

2. *Mindfulness*

“The curious paradox is that when I accept myself just as I am, then I can change.”

- Carl Rogers (1961)

Mais de 50 anos separam as presentes palavras de Rogers do atual estado da arte da Psicologia. Ainda assim, o mundo da intervenção psicológica continua a explorar novas formas de abordar a psicoterapia e de promover tanto a mudança, como o desenvolvimento pessoal do indivíduo. É curioso pensar no *mindfulness* como sendo perfeitamente compatível com algumas das conceções que Rogers teceu. Nos últimos 15 anos, o interesse da comunidade científica nas potencialidades desta abordagem tem crescido exponencialmente (Dimidjian & Segal, 2015). Traduções do termo *mindfulness* para a língua inglesa (Chiesa & Malinowski, 2011) e, por conseguinte, para português, resultam em expressões como “atenção plena” ou “consciência pura”, numa divergência de traduções que dificulta a operacionalização de um conceito tão abstrato¹.

Seria justo definir *mindfulness* como um antigo produto com novo rótulo: de facto, a origem da atenção plena remonta às tradições budistas, mas o seu lugar na cultura ocidental tomou forma, em grande parte, graças ao trabalho de Jon Kabat-Zinn na área da dor crónica e *stress* (Allen et al., 2006; Kabat-Zinn, 1985). Kabat-Zinn desenvolveu as potencialidades clínicas e psicoterapêuticas do *mindfulness*, tornando-as ausentes dos elementos filosóficos e étnicos implícitos nas culturas orientais (Allen et al., 2006).

Se, por um lado, *mindfulness* significa “prestar atenção de um modo particular: propositadamente, no momento presente, e sem julgamento” (Kabat-Zinn, 1994, p.4), por outro, diferentes autores defendem que a orientação para o momento presente e a supressão do julgamento não são necessariamente parte da compreensão do constructo: *mindfulness* é também a “capacidade de manter presente na mente o objeto sem desviar deste” (Dreyfus, 2011, p. 46). Conceções alternativas de *mindfulness* sublinham outras dimensões, tais como a não-reatividade (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) ou a curiosidade e abertura à experiência (Bishop et al., 2004).

Chambers, Gullone e Allen (2009) sublinham que o termo *mindfulness* é usado de forma diferenciada para identificar um constructo teórico, uma disposição (traço) consciente, um leque de práticas meditativas e de atenção, ou uma interrelação entre processos

¹ Para efeitos de simplificação e evitamento de repetições desnecessárias, os termos *mindfulness* e *atenção plena* serão usados de forma indistinta ao longo do texto, embora a tradução para português se revele pobre.

psicológicos, entre os quais se encontram a metacognição (Bishop et al., 2004; Flavell, 1979) e a aceitação (Robins, Schmidt, & Linehan, 2004).

Deste modo, pode ser estimulante operacionalizar o *mindfulness* não como método, mas sim como processo. Por outras palavras, seria importante distinguir entre aquilo que seria o destino de uma viagem (ou, melhor ainda, a própria viagem) e o meio de transporte utilizado na deslocação. Perante uma operacionalização desta natureza, afirmam Hayes e Shenk (2004), qualquer técnica que conduza este processo é, essencialmente, uma técnica de *mindfulness*, tal como as práticas meditativas propostas por Kabat-Zinn (1994) na Redução de *Stress* Baseada em *Mindfulness* (MBSR) ou por Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby e Lau (2000) na Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT). Não obstante, outras abordagens existem que não dependem necessariamente da meditação (Hayes & Shenk, 2004), tais como a Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 2015) ou a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Esta última, em particular, elabora sobre os pensamentos, comportamentos, sentimentos, pensamentos e crenças e seu impacto como dependentes do contexto em que decorrem e não como verdadeiros em si mesmos (*contextualismo funcional*). Desfocar desta literalidade (*fusão*), vendo os pensamentos como o “*self em contexto*” corresponde à noção de *difusão cognitiva* e sobrepõe-se ao foco no momento presente que sabemos definir o *mindfulness*.

Mas a atenção plena não é apenas um elemento isolado nestas abordagens em particular. Na verdade, as conceções psicoterapêuticas inspiradas pelo Budismo e *mindfulness* convergem em inúmeras orientações e tradições da psicoterapia (e.g., humanismo, psicanálise, terapia cognitivo-comportamental), como descreve Masterpasqua (2016). Por exemplo, o enriquecimento dos modelos psicodinâmicos por conceitos como o de mentalização (Bateman & Fonagy, 2013), que operacionaliza, de certo modo, a teoria da mente, reflete o *mindfulness* como pilar da capacidade de mentalizar (i.e., de fazer sentido do comportamento como estando inerente aos estados mentais do próprio e dos outros).

2.1. Aplicabilidade e constrangimentos

As evidências científicas em favor das abordagens baseadas em *mindfulness* (MBI) crescem exponencialmente na literatura, embora enfrentando as limitações derivadas, por exemplo, da operacionalização dificultada do constructo de *mindfulness* ou das características da prática levada a cabo (incluindo “quantidade” e “qualidade”). Ainda assim, estudos controlados e aleatorizados que integram componentes significativas de *mindfulness* permitiram já qualificar as MBI como eficazes em populações clínicas e não-clínicas (Gu,

Strauss, Bond, & Cavanagh, 2005), nomeadamente face ao *distress* psicológico (Monti et al., 2006; Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998; Tacon, McComb, Caldera, & Randolph, 2003; Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001), na intervenção sobre o *stress* (Chiesa & Serretti, 2009; Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000) e em perturbações de ansiedade (Vøllestad, Nielsen & Nielsen, 2012). O *mindfulness* é ainda tido como eficaz na depressão (Green & Bieling, 2012; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010), no risco de recaída depressiva (Kuyen et al., 2008; Teasdale et al., 2000) e na atual sintomatologia depressiva (Strauss, Cavanagh, Oliver, & Pettman, 2014). Destaque seja dado aos efeitos benéficos de *mindfulness* num dos marcadores cognitivos da depressão (e.g., Brittlebank, Scott, Williams, & Ferrier, 1993), a recuperação de memórias autobiográficas específicas (Williams, Teasdale, Segal, & Soulsby, 2000).

As MBIs têm ainda benefícios no sentido de maior qualidade de vida (Godfrin & van Heeringen, 2010; Kuyken et al., 2008), melhor regulação emocional (Tacón et al., 2003; Teixeira, Dore, Barreto, & Nyklíček, 2015), perceções superiores de controlo (Astin, 1997) e autoestima mais elevada (Randal, Pratt, & Bucci, 2015). Gotink e colaboradores (2015) sistematizam evidências que suportam que a inclusão de MBSR e MBCT potencia não só a melhoria de sintomas no tratamento de sintomatologias de cancro, doença cardiovascular, dor crónica, depressão, perturbações de ansiedade, como contribui significativamente para a prevenção em adultos e crianças saudáveis.

Contrariamente ao que o entusiasmo da literatura possa levar a pensar, o *mindfulness* não deve ser visto como um modelo universal aplicável com sucesso a qualquer problemática e indivíduo. Aliás, na investigação com foco em *mindfulness*, os efeitos adversos ou constrangimentos da prática não são ainda sistematicamente estudados (Dobkin, Irving, & Amar, 2012). Allen e colaboradores (2006) enumeram, por exemplo, o constrangimento derivado do investimento de tempo necessário a longo-prazo para uma prática regular, ao passo que Ma e Teasdale (2004) destacam a preponderância da motivação e prontidão para a abordagem. Hanley, Abell, Osborn, Roehrig e Canto (2016) destacam que a descontextualização das práticas de *mindfulness* em relação às suas origens pode fomentar erroneamente a crença, em particular junto dos iniciantes nestas práticas, de que o *mindfulness* corresponde a técnicas de redução de *stress*.

Neste seguimento, Allen e colaboradores (2006) identificam quadros de psicose (aguda ou pré-existente) como contraindicados para meditação *mindfulness*. Hanley e colaboradores (2016) recomendam precaução da implementação de práticas *mindfulness* em indivíduos com esquizofrenia e perturbação bipolar (Walsh & Roche, 1979), perturbação

obsessivo-compulsiva (Didonna, 2009), PTSD (Germer, 2005) e perante “sentimentos de vazio” (Didonna & Gonzalez, 2009), embora refiram que, em última instância, o papel das expectativas e motivação dos indivíduos para estas práticas deve ser tido em conta.

2.2. Mecanismos de ação subjacentes ao *mindfulness*

Ruminação e Hipótese da ativação diferencial. Ainda que não explique diretamente a ação do *mindfulness* e se centre na depressão, a hipótese de Teasdale (1988), que implica a vulnerabilidade à recaída depressiva como resultado de uma evocação recorrente de cognições negativas disfuncionais, justifica os benefícios da atenção plena sobre a espiral negativa clássica da depressão. O *mindfulness* permite um distanciamento em relação às cadeias negativas automáticas, já que dota o indivíduo da capacidade de reconhecer e identificar os conteúdos mentais negativos – consciência metacognitiva (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006; Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & Segal, 2002). Complementando a ilustração deste efeito, van Vugt, Hitchcock, Shahar e Britton (2012) comprovaram que a MBCT reduz os padrões que perpetuam a ruminação, enfraquecendo as redes associativas responsáveis pelos estados mentais negativos e fortalecendo associações positivas.

Especificidade de memória autobiográfica (AMS). Referindo-se à capacidade para recuperar memórias de determinadas experiências pessoais, a AMS parece sair beneficiada pelo *mindfulness* pela redução da codificação sobregeneralizada de situações e pela supressão da recuperação de memórias com valência negativa (Williams et al., 2000). Deste modo, a atenção plena e aceitação sem julgamento atuam sobre a capacidade de o indivíduo recordar acontecimentos específicos da sua vida, em vez de tender a evocar sumários genéricos do seu passado. Esta capacidade pode ser preponderante para a intervenção sobre quadros depressivos, já que a incapacidade de recuperação de memórias específicas é tida como um dos marcadores cognitivos da depressão (e.g., Brittlebank et al., 1993).

Reperceção. O modelo proposto por Shapiro et al. (2006) decompõe o *mindfulness* em atenção, intenção e atitude, conduzindo a uma nova perceção pela ação de quatro mecanismos: a autorregulação, a flexibilidade emocional, cognitiva e comportamental, a clarificação de valores e a exposição. Assim, a não-identificação com os conteúdos da consciência, a abertura e o não-julgamento levam a uma alteração da perspetiva das experiências do indivíduo. Repercecionar é uma transformação do sujeito em objeto, um processo desenvolvimental tido como crucial para o desenvolvimento pessoal ao longo da vida (e.g., Kegan, 1982). A exposição, em particular, permite experienciar e relativizar o

impacto das emoções, pensamentos ou sensações corporais, compreendendo-as como algo passageiro (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007) e desencadeando uma *dessensibilização global* (Goleman, 1971).

Outros mecanismos. Embora a sistematização de outras hipóteses de ação do *mindfulness* não seja ainda evidente na literatura, Levin (2015) propõe o desemparelhamento/dissociação (*decoupling*) entre experiências do indivíduo por meio de *mindfulness*, embora enaltecendo o autocontrole e a regulação emocional como respostas alternativas. Brown, Ryan e Creswell (2007) incluem processos como o *insight*, a *exposição*, a *desvinculação* e o *funcionamento mente-corpo*. Ademais, Baer (2003) destaca a *mudança cognitiva*, a *autogestão*, o *relaxamento* e a *aceitação* como potenciais mecanismos de ação. Gu et al. (2015) definem ainda a *reatividade cognitiva e emocional* como moderadores fortes e consistentes do impacto das abordagens baseadas em *mindfulness* ou a *flexibilidade psicológica* e *autocompaixão* como potenciais moderadores, mas sem evidências consistentes.

3. EMDR e *Mindfulness* – Uma proposta integrativa

“If we climb high enough, we will reach a height from which tragedy ceases to look tragic.”

- Irvin Yalom (1992)

EMDR e *Mindfulness* possuem um vasto potencial para a sua integração mútua. Do ponto de vista do EMDR, Hyer e Kushner (2007) evidenciam que a abordagem desenvolvida por Francine Shapiro oferece um modelo de integração teórico que permite a mobilização de diferentes perspectivas, tanto no domínio teórico como prático: “O EMDR é, portanto, compatível com outras técnicas e pode ser usado como suplemento” (Hyer & Kushner, 2007, p. 548). Aliás, o potencial integrativo do EMDR com outras orientações e terapias é frequentemente referido pela literatura (e.g., DiGiorgio, Arnkoff, Glass, Lyhus, & Walter, 2004; Shapiro, 2002).

Esta noção é valorizada firmemente no trabalho de Jamie Marich, que propõe quatro faces (não-mutuamente exclusivas) do EMDR, com as quais o profissional se pode identificar e que progridem da rigidez dos protocolos à flexibilização total do recurso a componentes do EMDR. Em particular, na face 3, o profissional faz uso dos protocolos e procedimentos estabelecidos do EMDR, mas de forma completamente flexível e adjunta a outras técnicas ou orientações psicoterapêuticas por si determinadas como modelo de intervenção. Já a face 4 representa novas formas de integrar o EMDR em abordagens psicoterapêuticas distintas: a estimulação bilateral, por exemplo, pode ser usada única e exclusivamente como método de dessensibilização (Marich, 2011a). O presente estudo procura ver o EMDR pelo seu valor integrativo e, como tal, aproxima-se essencialmente das faces 3 e 4 propostas por Marich (2011a).

Do ponto de vista do *mindfulness*, o seu potencial integrativo fala por si, através das múltiplas aplicações das técnicas que lhe estão inerentes em abordagens tão distintas como aquelas que já aqui foram mencionadas. No entanto, este potencial parece ser otimizado se perspetivarmos o *mindfulness* como complementar ao EMDR e não vice-versa. Isto porque o EMDR, mesmo que enquadrado numa perspetiva cognitivo-comportamental, oferece um “esqueleto” mais sólido de uma intervenção abrangente junto do cliente. Por outro lado, o *mindfulness* pode beneficiar claramente, por exemplo, as próprias fases iniciais do EMDR: o estudo de Kutz, Borysenko e Benson (1985) ilustra esta ideia, já que na sua investigação de um programa de meditação baseada em *mindfulness* verificaram que 4 dos 20 participantes recuperaram memórias de um acontecimento traumático passado, o que sugere

que a própria atenção plena pode ser um método de acesso a experiências passíveis de serem dessensibilizadas e processadas pelo EMDR.

Concetualmente, uma integração entre ambas as abordagens poderia ser operacionalizada tendo em conta o mecanismo de ação assente na *memória operatória*. Van den Hout, Muris, Salemink e Kindt (2001) elaboraram sobre os movimentos oculares como tarefa que recruta a memória de trabalho e verificaram uma redução da vivacidade durante a evocação da memória-alvo e posterior recuperação. Os autores teorizaram que o *mindfulness* poderia ser perspetivado à luz deste mecanismo de ação: os resultados de um estudo posterior mostraram que o foco na respiração (*mindfulness*) ou nos movimentos oculares (EMDR) recrutava igualmente a memória de trabalho e reduzia de igual forma a vivacidade e a emocionalidade das memórias negativas (van den Hout et al., 2011). Britton, Shahr, Szepeswol e Jacobs (2012) verificaram que o treino em *mindfulness* estava associado a uma diminuição da duração do afeto negativo e que esta diminuição mediava os efeitos do treino em *mindfulness* em sintomatologia depressiva. Contudo, este efeito restringiu-se à duração e não à amplitude, o que pode fornecer uma janela de oportunidade para a atuação do EMDR que, como exposto, afeta a intensidade e o impacto nos conteúdos negativos.

Subjacente à ação da atenção plena poderá estar a especificidade das memórias autobiográficas, como anteriormente explorado. O trabalho de van den Hout et al. (2001) acima mencionado incidiu justamente nas memórias autobiográficas; ilustrativo de outro exemplo, um estudo de Lilley, Andrade, Turpin, Sabin-Farrell e Holmes (2009) verificou que as memórias traumáticas em pacientes de PTSD tornaram-se menos vívidas e emocionais perante a tarefa de atenção dual (evocação e estimulação bilateral).

Recorde-se a metáfora de Shapiro (2001) que distingue entre trauma com *t pequeno* e *t grande*, referindo-se ao papel das “pequenas” experiências traumáticas no desenvolvimento (a)normal do indivíduo. A influência de experiências de vida tais como perdas, negligência ou humilhações foi reportada, por exemplo, por Risch e colaboradores (2009) na depressão como tratando-se do único fator de risco significativamente correlacionado com episódios depressivos. Bae, Kim e Park (2008) reportaram dois casos de adolescentes com depressão *major* tratados com EMDR, nos quais as experiências traumáticas não constituíam critérios para o diagnóstico de PTSD, mas correspondiam a acontecimentos de vida stressantes. A perda de relacionamentos, por exemplo, correspondia a um *trauma de vinculação*. Estas considerações estão em consonância com as de Shapiro (2001) sobre a abrangência de todos os tipos de experiências traumáticas, o que reforça a

noção de que EMDR e *mindfulness* podem funcionar conjuntamente em terapia, em particular se perante condições reativas a circunstâncias de vida.

Recapitule-se a *reperceção* (Shapiro et al., 2006) como um dos mecanismos de ação do *mindfulness* propostos: essencialmente, este processo de *descentração* permite relativizar o impacto das emoções, pensamentos ou sensações corporais e atribuir-lhes outras formas e significados. No fundo, a flexibilidade psicológica desenvolvida permite a mudança cognitiva e o *insight* (Baer, 2003; Brown et al., 2007). Para além disso, a degradação da imagem traumática sustentada na memória de trabalho conforme sustentado a propósito do EMDR permite que o paciente desenvolva um sentido de distância em relação ao evento traumático (Gunter & Bodner, 2008; Maxfield et al., 2008). Ademais, Shapiro (2001) implica o *mindfulness* na extensão da consciência aberta ao momento presente (e.g., a pessoa do terapeuta no contexto) simultânea ao foco na experiência traumática, assim como na vivência desprovida de controlo ou julgamento das experiências decorrentes do processamento.

Assim, as *respostas de distanciamento* (Lee, Taylor & Drummond, 2006) encontram-se associadas a melhorias mais significativas de sintomas no EMDR, sobretudo se pelo uso de estimulação bilateral por movimentos oculares (Lee, 2008). Contudo, Gunter e Bodner (2009) concluem que nenhum estudo até ao momento examinou a relação entre os benefícios do EMDR no que toca a ganhar distância e desvinculação em relação à experiência traumática.

Em suma, parece sensato antever o EMDR como uma ferramenta que permite diminuir o impacto das memórias de valência negativa, criando esta *resposta de distanciamento* à experiência traumática e abrindo espaço para que possa não só ser reintegrada adaptativamente no sistema de informação do indivíduo, como também tornar-se disponível para a construção e consolidação de novos significados. O *mindfulness* complementa este processo, tanto pela consciencialização e identificação destas experiências, como pela igual redução da sua vivacidade e emocionalidade, a par do EMDR. Poderá, assim, a presente integração servir como estratégia para que o cliente possa progredir na psicoterapia, desbloqueando processos de mudança?

Numa perspetiva construtivista e subordinada aos modelos narrativos, Frank e Frank (1991, *cit* in Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes & Sousa, 2015) defendem que na psicoterapia eficaz ocorrem mudanças na auto-narrativa desadaptativa, pelo acesso do cliente a novos significados. Segundo Gonçalves e Ribeiro (2012), inspirando-se numa orientação dialógica, o cliente transporta, na sua narrativa interna, múltiplas vozes que

interagem entre si. O quadro disfuncional surge frequentemente, como tal, perante uma voz dominante desadaptativa que se impõe a outras silenciadas. Perante o desenvolvimento da flexibilidade do cliente, o progresso em psicoterapia é facilitado pelo surgimento de vozes alternativas que vão ganhando dominância (Hermans, 2004). Às circunstâncias nas quais começam a surgir exceções às organizações narrativas prévias e disfuncionalmente dominantes, Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos e Santos (2011) denominam de *Momentos de Inovação* (MI's), paralelamente ao termo *outcomes singulares* (*unique outcomes*) proposto por White e Epston (1990). Está para além do âmbito do presente trabalho aprofundar a noção de *momentos de inovação* (para uma revisão, ver Gonçalves et al., 2011; Gonçalves & Ribeiro, 2012), servindo o modelo apenas como ilustração do potencial de uma otimização da integração entre EMDR e *mindfulness*.

Face às potencialidades do EMDR, que facilita uma dessensibilização e reprocessamento da informação desadaptativa (geralmente de carácter traumático e negativo) e promove integração e consolidação de informação nas estruturas organizativas do desenvolvimento do indivíduo; e face aos benefícios do *mindfulness*, que tende a recuperar a especificidade da memória autobiográfica, para além de desenvolver capacidades de metacognição e autorregulação no cliente, a integração das abordagens poderá beneficiar um *distanciamento* em relação às experiências de vida e ao próprio *self*, favorecendo a emergência de contrastes entre o *self* que viveu essas experiências e o *self* que se consciencializa destas no presente (contraste dialógico), assim como ao desenvolvimento de uma meta-perspetiva sobre esse mesmo contraste – uma noção correspondente aos *momentos de inovação de reconceptualização* (Gonçalves & Ribeiro, 2012).

O *mindfulness* permite ainda envolver o cliente numa introspeção sobre as suas vozes internas, dotando-o de uma ferramenta pela qual pode observar o carácter transitório dos seus conteúdos mentais (em particular, se a sua valência negativa ou traumática for diluída com recurso ao EMDR) e concebendo-se como um *self* que não só se situa acima dessa categoria de experiências, mas que é composto pelos significados que atribui a todas as experiências que lhe são significativas (destaque, mais uma vez, para a relevância da especificidade das memórias autobiográficas).

Para além disso, o esbatimento do impacto das experiências traumáticas permite estimular o encadeamento de múltiplos tipos de MI's, entre os quais é pertinente destacar a criação de distância em relação ao problema (*reflexão de tipo 1*) ou os novos posicionamentos do *self* associados à elaboração de novos significados (*reflexão de tipo 2, centrada na mudança*), tidos como frequentes percursos das *reconceptualizações* –

perspetivadas como os MI's mais importantes (e discriminativos dos casos de sucesso) no processo de mudança em psicoterapia (Gonçalves et al., 2011; Gonçalves & Ribeiro, 2012).

E em termos empíricos? Como podem *mindfulness* e EMDR beneficiar-se mutuamente na implementação de procedimentos, estratégias e técnicas? Zangwill e Kosminsky (2001, p. 1) falam justamente da “necessidade de fortalecer a componente *mindfulness* do EMDR”, componente essa inerente ao protocolo de aplicação deste último, mas que surge de forma discreta e não como competência e ferramenta contínua ao longo da terapia. Ilustrando a sua abordagem com um caso clínico, os autores sugerem formas de apreciar os benefícios do *mindfulness* de forma mais completa e integrada, tanto durante as sessões como no período entre estas (Zangwill & Kosminsky, 2001). Na literatura, surgem escassos relatos que incidem sobre esta integração de forma mais ou menos direta, embora acrescentando à fragilidade de uma rede concetual no seio da qual ambas as abordagens se possam movimentar (Rozelle & Lewis, 2015; Tzan-Fu, Ching-Kuan, & Nien-Um, 2004). Todavia, Tzan-Fu e colaboradores (2004, p. 466) advogam que EMDR e *mindfulness* podem “funcionar sinergicamente, no sentido em que o efeito combinado dos dois processos excede a soma dos seus efeitos individuais. De facto, enquanto o participante pratica meditação, assim como EMDR guiado, [o paciente observa] com atenção plena a experiência perturbadora. Logo, ambos podem reforçar-se mutuamente”.

Neste seguimento, hipotetiza-se que a implementação das seguintes estratégias no estudo de caso apresentado potencia os resultados positivos no decorrer do processo de psicoterapia:

***Mindfulness* como estratégia de coping face à ativação do indivíduo durante o EMDR.** Fortalecendo a componente de exposição do EMDR, simultaneamente à percepção das redes associadas de memórias como “passageiras”, o treino em *mindfulness* pode potenciar a autorregulação e as competências de gestão de *stress* durante as fases de estimulação e exposição. Marich (2011a) prioriza a fase de preparação do EMDR sobre todas as outras, explicitando como o desenvolvimento de recursos ao dispor do cliente, tais como a respiração com atenção plena, é decisivo para a eficácia do EMDR e cujo domínio deve tomar as sessões que forem necessárias antes de qualquer processamento.

***Mindfulness* como alternativa à estimulação bilateral através de movimentos oculares, tons alternados ou toques bilaterais durante a fase de dessensibilização e reproprocessamento do EMDR.** Decorrendo diretamente da hipótese de atenção dual como recrutando a memória de trabalho, diferentes estudos já citados apontam para a meditação *mindfulness* (com foco na respiração) como potenciando efeitos idênticos aos da estimulação

bilateral, nomeadamente na diminuição da vivacidade e emocionalidade das memórias negativas.

***Mindfulness* como estratégia de coping face aos efeitos secundários do EMDR, após a sessão.** Zangwill e Kosminsky (2001), referindo-se ao período entre consultas, remetem para a importância de ajudar os clientes a funcionar de forma mais adaptativa e menos reativa após a sessão de processamento. Neste sentido, o *mindfulness* pode contribuir para que os clientes aprendam a lidar com as evocações súbitas de memórias aversivas após a implementação de EMDR.

***Mindfulness* como tecnologia de acesso à informação a ser processada.** Durante a fase de dessensibilização do EMDR, pede-se aos clientes que deixem acontecer o que quer que aconteça e reparem simplesmente no que surge (Shapiro, 2001). Este é nitidamente um princípio compatível com o *mindfulness* e que pode ser facilitado pelo treino deste durante as fases iniciais do protocolo.

Rastreo corporal (Body Scan). Curiosamente, o termo *body scan* é conotado da mesma forma tanto nos protocolos de EMDR (Shapiro, 2011) como em abordagens como a MBCT e a MBSR (e.g., Williams et al., 2007). A integração aqui é evidente: a mestria do cliente em *mindfulness* focado nas sensações corporais permite aprofundar a fase de rastreo corporal do EMDR, otimizando a identificação e delimitação de sensações corporais e facilitando o processamento de manifestações residuais.²

***Mindfulness* como transição entre o espaço exterior e o contexto de consulta.** Zangwill e Kosminsky (2001) sugerem que minutos iniciais de *mindfulness* em contexto de consulta (sobretudo em sessões previstas para acolher EMDR) potenciam uma transição mais suave entre a azáfama exterior à consulta e a abertura ao processo psicoterapêutico.

Técnicas de fusão entre *mindfulness* e EMDR. Marich (2011b) sugere ainda técnicas específicas de combinação entre meditação e estimulação bilateral, propondo uma caminhada meditativa (e.g., Kabat-Zinn, 1994) que implique alternância consciente e presente de movimentos, variações bilaterais de “apertar as mãos e relaxar” (*clench and release*) ou o *Butterfly Hug* (auto-estimulação bilateral de relaxamento).

² Guiões para técnicas de *rastreo corporal* podem ser encontradas, por exemplo, em Williams e Penman (2011) ou facilmente em inúmeros recursos online.

4. Objetivos

Partindo do enquadramento concetual e das potencialidades de integração que aqui se apresentam, o presente estudo de caso visa, assim, os seguintes objetivos:

- a) Explorar qualitativa e quantitativamente o processo psicoterapêutico de mudança do cliente numa intervenção integrativa entre EMDR e *mindfulness*.
- b) Avaliar a eficácia da integração entre EMDR e *mindfulness* do ponto de vista do cliente e do terapeuta.
- c) Investigar as particularidades dos processos psicológicos emergentes no cliente a partir da aplicação de EMDR, de *mindfulness* ou da sua integração.

5. Questões de Investigação

De forma a operacionalizar os objetivos acima explicitados, foram desenvolvidas cinco questões de investigação para o presente estudo, a saber:

- 1. Ocorreu mudança (i.e., melhoria na sintomatologia, assim como integração e consolidação de novos significados) no processo de terapia?
- 2. A integração entre EMDR e *mindfulness* é responsável por esta mudança?
- 3. Que fatores ou processos psicológicos de mudança conduziram à eficácia do processo, a partir do EMDR, do *mindfulness* ou da sua integração?
- 4. Na perspetiva do cliente, a relação entre as duas abordagens é benéfica, contraproducente ou neutra?
- 5. Na perspetiva do terapeuta, a relação entre as duas abordagens é benéfica, contraproducente ou neutra?

Método

1. *Design* metodológico

O presente estudo recorre à abordagem hermenêutica de eficácia de caso (*hermeneutic single-case efficacy design*; Elliot, 2002). Desenvolvida como estrutura formal de análise do processo de um estudo de caso em terapia, a abordagem hermenêutica implica a recolha de informação através de métodos qualitativos e quantitativos, de forma a possibilitar uma visão rica e multidimensional do processo terapêutico (*rich case record*). O processo de avaliação assenta na aplicação de instrumentos de medida preenchidos pelo cliente em diversos pontos temporais do processo, desde a pré-terapia ao *follow-up*, assim como na condução de duas entrevistas qualitativas semi-estruturadas (pré e pós-terapia) que visam recolher a perspetiva narrativa do cliente sobre o seu próprio processo. A súpula de evidências recolhidas é sujeita a um modelo essencialmente judicial de contraste entre argumentos positivos e negativos, a favor ou contra, num processo que procura explorar evidências e perspetivar múltiplas explicações alternativas para os resultados da terapia, tentando identificar os fatores responsáveis pela mudança (Elliot, 2015).

O presente estudo partiu das conceções da abordagem de Elliot, embora flexibilizando-as ao âmbito de estudo, à resposta metodológica ao *droupout* que se veio a verificar no processo e aos constrangimentos em termos de espaço e tempo disponível para a análise. Neste seguimento, a recolha de dados procurou acompanhar a dinâmica orgânica do processo terapêutico com um foco na interferência mínima sobre a terapia: a súpula de dados sobre o processo foi construída apenas a partir de uma avaliação inicial quantitativa e qualitativa junto da cliente, de uma avaliação final quantitativa e qualitativa igualmente junto da cliente e de uma avaliação qualitativa especificamente através de entrevista final, separadamente, com a cliente e com a terapeuta. A flexibilização do *design* metodológico repercute-se, ao longo do estudo, numa maior valorização de elementos qualitativos na análise e discussão de resultados. Não obstante, a análise qualitativa dos dados (i.e., das entrevistas) recorreu ao método de análise de *Grounded Theory* (*Grounded Theory Analysis*; Glaser & Strauss, 1967), conforme sugerido por Elliot (2002).

2. Participantes

Os participantes do estudo constituem a díade terapêutica:

Terapeuta. O critério de inclusão ou seleção do terapeuta implicava um contacto e formação *a priori* com as abordagens, de forma a assegurar uma observação naturalística do processo de intervenção psicoterapêutico. A terapeuta, de sexo feminino, acreditada como terapeuta EMDR nível 1 (e em formação de nível 2) desenvolvia a sua atividade profissional numa clínica multidisciplinar de saúde mental, local a partir do qual o processo psicoterapêutico tomou lugar. Possuía igualmente contacto com *Mindfulness* a partir da sua formação-base como psicóloga clínica. A experiência clínica foi situada como superior a 15 anos de atividade profissional na área.

Cliente. A cliente foi selecionada com base nos seguintes critérios de inclusão: (1) inexistência de um processo psicoterapêutico anterior; (2) diagnóstico e/ou problemática global como situando-se preferencialmente no domínio da ansiedade e/ou depressão; (3) disponibilidade para a avaliação do processo terapêutico que viria a desenvolver. Os critérios de exclusão incluíram: (1) participação num processo psicoterapêutico anterior; (2) historial prévio de quadros de psicose, esquizofrenia ou perturbação bipolar; (3) historial prévio de lesões cerebrais. A cliente, “Matilde”, de 25 anos, é mestrada em Psicologia Clínica e da Saúde e encontrava-se, no período de investigação, a desenvolver o seu estágio profissional.

Terapeuta e cliente aceitaram participar no estudo sob o compromisso de confidencialidade dos seus dados. Nesse sentido, dados pessoais ou geográficos irrelevantes à análise e discussão de resultados foram alterados ou omitidos deliberadamente para preservar o anonimato. As participantes foram informadas dos objetivos e métodos do estudo, assinando consentimento informando.

3. Instrumentos

Questionário Pessoal Simplificado (PQ; Elliot, Mack, & Shapiro, 1999). Constituindo um instrumento de medida construído pelo cliente sob a orientação do investigador, o PQ rastreia a mudança do indivíduo ao longo do processo a partir de uma lista de aproximadamente 10 problemas que o cliente tenha identificado como alvos de trabalho em terapia. A lista pode ser elaborada conjuntamente por cliente e investigador/terapeuta numa entrevista inicial e semi-estruturada, prévia ao início da intervenção. Deste modo, os itens problemáticos são escritos e ordenados, assumindo uma forma que pode ser aplicada no início de cada sessão, de forma a que o cliente quantifique de 1 (*Nenhum*) a 7 (*Total*) o grau de mal-estar que cada problema lhe causou no decurso da semana anterior. Ademais, durante o processo e caso assim o entenda, o cliente pode alterar

o questionário de forma a incluir ou eliminar itens (Sales & Alves, 2016). A versão portuguesa do questionário para aplicação individual, familiar ou em grupo foi desenvolvida por Sales, Gonçalves, Sousa, Fernandes, Silva, Duarte e Elliot (2007). Elliot e colaboradores (2015), numa meta-análise das propriedades psicométricas do PQ, situaram a consistência interna entre pacientes de cinco amostras distintas no valor de 0.80 (com erro padrão de 0.03). Ademais, a sua validade convergente face a outros instrumentos de medida (e.g., CORE-OM, SCL-90, BDI) correspondeu a correlações de Pearson situadas entre 0.49 e 0.63 (uma correlação global ajustada de 0.56). No que toca à estabilidade temporal, o coeficiente de teste-reteste entre o momento de avaliação inicial prévia ao tratamento e o momento anterior ao início da primeira sessão situou-se num valor global de 0.57, variando entre 0.43 e 0.68 (Elliot et al., 2015).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). De forma a incluir um instrumento de medida puramente quantitativo que afira correspondências entre alterações na sintomatologia ao longo do processo e mudanças sentidas conforme explicitadas na recolha de dados possibilitada pelos outros instrumentos, recorre-se ao BSI, cuja versão original (*Brief Symptom Inventory*; Derogatis, 1993) foi traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Canavarro (1999). Segundo Canavarro (1999), esta escala de autorrelato, com 53 itens, avalia sintomas de psicopatologia ao longo de 10 dimensões: somatização, depressão, hostilidade, ansiedade, ansiedade fóbica, psicoticismo, ideação paranoide, comportamento obsessivo-compulsivo e sensibilidade interpessoal. Para além disso, o BSI permite o cálculo de três índices globais de perturbação emocional – Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP). O instrumento de medida recorre a uma escala de Likert, que se estende de “nunca” a “muitíssimas vezes” face à perceção do impacto do problema na vida do cliente ao longo da semana decorrida. A boa consistência interna nas subescalas da versão portuguesa (Canavarro, 2007) situa o α de Cronbach entre 0.62 e 0.80. Canavarro (1999) atribuiu ainda o valor de 1.7 como ponto de corte na população portuguesa para indicação de perturbação psicopatológica. Inerente às vantagens da utilização desta escala estão a abrangência de sintomatologias, o que permitirá a interpretação de resultados segundo as características particulares do participante e do seu processo, mas também o tempo reduzido de preenchimento (aproximadamente 10 minutos) que é exigido ao paciente (Canavarro, 2007).

Entrevista de Mudança do Cliente (Elliot, 1999). Tratando-se de uma entrevista semi-estruturada prévia ao início da terapia e posterior à sua conclusão, pretende recolher de

uma forma aberta a visão do cliente sobre o seu processo, em particular quanto à reflexão que faz das suas mudanças e das condições que conduziram a estas. No decorrer da entrevista, incide-se em aspetos como mudanças sentidas, avaliação dessas mesmas mudanças, atribuições de causas para a sua ocorrência, aspetos positivos e negativos do processo. Sales et al. (2007) adaptaram uma versão do protocolo de entrevista originalmente desenvolvido por Elliot (1999), de modo a servir a população portuguesa e a ser aplicável em *follow-up*. Esta versão foi flexibilizada ao âmbito e particularidades do presente estudo (cf. Anexo E, p. 164-167).

Entrevista semi-estruturada à terapeuta. Em particular no término do processo, considerou-se relevante sistematizar, igualmente, a visão da terapeuta sobre o objeto de estudo, procurando identificar mudanças na cliente e suas atribuições, mas também perceber em que momentos a integração entre *Mindfulness* e EMDR pode ter beneficiado ou prejudicado o processo de mudança do cliente. Como tal, conduziu-se uma entrevista semi-estruturada dirigida à terapeuta, funcionando essencialmente como um *debriefing* do caso. De forma homóloga à Entrevista de Mudança do Cliente (Elliot, 1999), partiu-se do trabalho de Sales e colaboradores (2007) para desenvolver um guião adaptado às especificidades da presente investigação (cf. Anexo E, p. 168-170).

4. Procedimento

A partir da disponibilidade da terapeuta para a participação no estudo, selecionou-se um dos casos conduzidos pela profissional no período de investigação. Verificando-se o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão, a cliente foi informada dos objetivos, métodos e modelos de intervenção do estudo em questão e mostrou-se disponível para colaborar. Perante um parecer favorável à realização do projeto pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (Ref.ª 2-3/2017), as participantes assinaram um consentimento informado, concedendo autorização para a recolha de dados e publicação de resultados, sob os compromissos de confidencialidade e responsabilidade profissional da terapeuta ao longo de todo o processo (ver Anexo F).

O método de recolha de dados sofreu modificações profundas ao longo da investigação (que incluía inicialmente a gravação audiovisual das sessões), em resposta a pontos de descontinuidade no processo terapêutico (como a perda de um familiar da cliente, que redirecionou o foco da intervenção). O *dropout* condicionou ainda a ocorrência de

pontos intermédios de avaliação, através de outros instrumentos qualitativos e do recurso ao PQ.

Num primeiro momento de avaliação, numa fase inicial do processo (março de 2017), foram recolhidos dados sociodemográficos, preenchido o BSI e construído e aferido o PQ. Decorreram, entre o momento da avaliação inicial e da avaliação final, 9 sessões quinzenais de terapia (para detalhes mais específicos sobre o conteúdo de cada sessão, ver anexo A). Na 9ª sessão, em julho de 2017, perante a necessidade de interrupção/término do processo, o método de recolha de dados sofreu nova alteração: optou-se por uma avaliação final com recurso ao PQ e ao BSI, devidamente preenchidos pela cliente. Solicitou-se ainda algumas notas da terapeuta sobre o processo psicoterapêutico. Foram conduzidas duas entrevistas semi-estruturadas em setembro de 2017, separadamente junto da cliente e da terapeuta (ver Anexo E). A gravação áudio das entrevistas recorreu a uma câmara de vídeo, sem enquadramento das participantes, conforme acordado de forma a manter a confidencialidade. Para tratamento e análise de som, foi utilizado o *software* Sony Vegas Pro 13.0.

As entrevistas foram posteriormente transcritas *verbatim*, de forma integral e analisadas separadamente, segundo as recomendações de Barker, Pistrang e Elliott (2016, p.220). A análise exploratória (ver Tabelas 6, 7 e 8 do Anexo D, p. 67-148), segundo um modelo de *grounded theory* (Glaser & Strauss, 1967), iniciou-se por uma codificação aberta das respostas, criando unidades de análise que representassem uma ideia relevante para a análise de dados. As unidades de análise variaram recorrentemente na sua dimensão, em função do grau de compreensão da ideia que permitiam. Nesse sentido, optou-se pela aparente repetição de unidades de análise, de forma a favorecer, em alguns momentos, a compreensão integral da ideia transmitida e, noutros momentos, de forma a contextualizar a resposta pela inclusão de perguntas ou comentários do entrevistador. Assegurando a confidencialidade das participantes, a codificação das unidades de análise fez-se a partir da letra representativa do participante em entrevista, seguida de um número identificativo. Isto é, a primeira unidade de análise do discurso da terapeuta foi codificada como T1, ao passo que a primeira unidade de análise do discurso da cliente foi codificada como C1. As intervenções do entrevistador são identificadas pela letra E, seguida de dois pontos. A *grounded theory analysis* desenvolveu-se no sentido de uma abstração crescente do conteúdo analisado: primeiro, a atribuição de *categorias descritivas*, próximas das palavras utilizadas pelas participantes; posteriormente, a construção e atribuição de *categorias concetuais* que representassem as categorias descritivas, as ideias por estas traduzidas e a sua relação com os dados – desenvolvendo-se assim um processo de inter-relações entre significados, mas

também de imposição teórica ao material analisado; por último, a partir das diferentes categorizações, o desenvolvimento de *codificação axial* permitiu uniformizar e hierarquizar *categorias supra-concetuais* transversalmente às entrevistas. Por exemplo, sob a categoria concetual “Problemáticas e/ou Diagnóstico”, foi possível estabelecer a categoria concetual “Ansiedade” ou “Comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo” ao longo de ambas as entrevistas.

A construção e atribuição de categorias terminou com a saturação dos dados, a partir do momento em que todas as categorias, não mutuamente exclusivas, não podiam ser atribuídas numa ordem inferior ou superior a outras categorias ou unidades de análise. Todo o processo fez-se através de uma comparação constante e recorrente entre unidades de análise, categorias, fundamentação teórica disponível e contraste entre ideias e significados (ver Tabelas 6, 7 e 8 do Anexo D, p. 67-148). A partir das categorias concetuais, analisou-se os dados das entrevistas em conjunto, organizando-os ao longo das questões de investigação e dos domínios em que estes se inseriam ou que representavam. Este processo foi desenvolvido de forma a favorecer a organização de argumentos positivos e negativos que facilitassem o diálogo “judicial” de evidências e explicações para as mudanças, mas mantendo-o flexível de forma a detetar argumentos de outra natureza ou dados de interesse excecional. Com base neste ponto, desenvolveu-se uma análise e discussão ponderada dos resultados (cf. Anexo D, p. 149-162).

Apresentação e discussão dos resultados

Contextualização do caso. “Matilde” foi encaminhada para psicoterapia a partir de uma sugestão da sua orientadora de estágio profissional, que lhe referenciou igualmente a clínica multidisciplinar na qual decorreu o processo. *Grosso modo*, a cliente situou as suas problemáticas ao nível da ansiedade como interferindo no seu contexto social e no seu desempenho, da sua desvalorização e insegurança, da difícil dinâmica relacional com o irmão (pautada por nervosismo, desconforto, evitamento e conflituosidade), da dificuldade em lidar com a filha do namorado, da desmotivação perante a relação romântica e do sofrimento psicológico em geral. A terapeuta sistematizou as problemáticas da cliente em torno da ansiedade social e de desempenho, dos comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo e das crenças racionais negativas que mantinham uma reduzida autoestima e um autoconceito empobrecido.

O processo terapêutico foi conduzido ao longo de 9 sessões. Uma sistematização dos conteúdos trabalhados em cada sessão, elaborada a partir das notas da terapeuta sobre o processo, é apresentada na Tabela 1 do Anexo A.

Q1: Ocorreu mudança (i.e., melhoria na sintomatologia, integração e consolidação de novos significados) no processo de terapia?

Primeiramente, o estilo de *coping* surge invariavelmente ao longo da análise de resultados. Cliente e terapeuta concordam no que toca à adoção menos frequente, ao longo da terapia, de um estilo de *coping* evitativo, ao salientarem a assertividade da cliente em diversos contextos, tais como na relação com os pais ou, sobretudo, no contexto profissional face a figuras de autoridade. Por exemplo, a cliente identifica através do PQ uma redução na tristeza sentida perante as atitudes dos pais (i.e., rigidez) de “Mal-Estar Moderado” para “Nenhum Mal-Estar” – que embora possa ser organizada em termos de mudanças ao nível relacional ou da regulação interna, parece ter mais relevância como produto de uma maior assertividade. A terapeuta traduz ainda esta assertividade nos termos de uma menor orientação para a fuga e desistência. O PQ situa, mesmo que em sobreposição com outras questões como a autoestima, esta mudança pela problemática “Tenho dificuldade em relacionar-me com os outros”: aqui, a cliente avaliou uma redução de “Grande Mal-Estar” para “Muito Pouco Mal-Estar”, uma redução de 3 pontos. Ademais, a entrevista permitiu aferir a mudança em torno do menor evitamento/menor assertividade como “Extremamente importante” e “Totalmente inesperada” e a mudança ao nível da maior valorização no domínio social como “Extremamente importante” e “Algo inesperada”. Neste seguimento, pelo peso que o carácter inesperado tem na discussão, associado à percepção de importância elevada das mudanças e concordância de perspetivas entre cliente e terapeuta, infere-se a ocorrência de uma mudança efetiva ao nível do estilo de *coping*, que sofre uma transição no sentido de um menor evitamento e maior assertividade.

Em segundo lugar, a identidade da cliente e a valência afetiva a ela associada são questões-chave neste processo, implicando permanentemente construtos como o autoconceito, a autoimagem e a imagem corporal (inclui-se ainda o *coping* e regulação interna face aos comportamentos dos outros em direção ao seu aspeto físico). Percebe-se pela comparação de resultados, que à semelhança de uma relação próxima entre a ansiedade social e os comportamentos de evitamento, existe também uma associação íntima entre a ansiedade social e o autoconceito, autoestima e imagem corporal. Cliente e terapeuta

concordam quanto a uma maior autoconfiança e a um reforço do autoconceito, ficando implicada, de certo modo, uma reconceptualização de aspetos de identidade da cliente que se repercute, por exemplo, na desvalorização de comentários de terceiros ou na atenuação de hipervigilância à imagem corporal. A cliente implica uma imagem corporal mais positiva e maior flexibilidade a este nível. O PQ, nas problemáticas “Sinto frequentemente que não tenho valor”, “Tenho receio que os outros não gostem de mim” e “Tenho dificuldade em relacionar-me com os outros” auferiu uma redução consistente do grau de bem-estar de dois ou mais pontos. Para além disto, a entrevista identifica a maior auto-valorização no domínio físico como “Extremamente Importante” e “Totalmente Inesperada” e a maior auto-valorização no domínio social como “Extremamente Importante” e “Algo inesperada”. Infere-se, assim, alterações positivas ao nível da autoestima, implicando-se uma imagem corporal mais positiva e maior flexibilidade psicológica associada ao autoconceito e ao *coping* com situações que desafiam a segurança da sua identidade.

Em terceiro lugar, ao nível relacional, especifica-se a mudança identificada na qualidade do relacionamento com o irmão. Cliente e terapeuta identificam uma alteração da dinâmica relacional entre os dois, salientando menor evitamento, maior proximidade e ausência de conflituosidade em episódios específicos. A terapeuta, inclusive, denota uma reconceptualização das dinâmicas de poder entre os irmãos, com “Matilde” a percecionar maior poder sobre o irmão. Há, contudo, indicadores que sugerem a inconsistência ou falaciosidade desta mudança. A cliente caracteriza as melhorias associadas à sua relação com o irmão como insuficientes, especificando-as, por exemplo, ao nível da redução insuficiente, através de EMDR, do grau de perturbação subjetiva associada a episódios do passado envolvendo esta figura ou ao nível da não-consolidação da mudança pelo novo foco do processo terapêutico na perda da avó. Por outro lado, a morte da avó foi relatada por diversas vezes como causadora de uma aproximação familiar. Sugere-se aqui um artefacto de mudança (Elliot, 2002), já que a melhoria não é necessariamente estável e duradoura, mas pode ser, antes, produto de um período de descontinuidade familiar com efeitos temporários sobre as dinâmicas relacionais da cliente com o irmão. Ressalva-se que o PQ indica uma mudança de “Mal-Estar Total” para “Pouco Mal-Estar” a este respeito e a entrevista permite conotar a mudança como “Totalmente inesperada” e “Muito importante”: estes dados podem constituir evidências ambíguas, pois a morte da avó é, por si só, um fator inesperado e a aproximação familiar daí resultante pode assumir o mesmo carácter. Embora existam evidências recorrentes e muito positivas em favor de uma mudança efetiva, seria necessário perceber através de avaliação em *follow-up* mais longo ou por um mapeamento entre sessões

e resultados (*process-outcome*) a consolidação destas mudanças – algo que não foi possível neste estudo.

Em quarto lugar, foram organizadas aparentes mudanças a partir de modificações ou alterações à qualidade ou eficácia dos processos psicológicos da cliente. Por um lado, a cliente implica *coping* e autorregulação cognitiva e emocional mais ajustados e funcionais face às críticas dos outros, mas também *insight* sobre os efeitos positivos de mudança de comportamento. Por outro lado, surge recorrentemente a maior ou melhor auto-consciencialização (por vezes, também como *insight*) como implícita, por exemplo: na valorização da necessidade de ajuda quanto aos “tiques nervosos” (que antes não assumia); na perceção da necessidade e motivação para a mudança; na aceitação rápida, inesperada e completa da filha do namorado (com consequente maior proximidade e bem-estar); na relativização de experiências potencialmente negativas; e na maior flexibilidade psicológica. A perspetiva da terapeuta corrobora estes *insights*, situando-os ao nível da natureza dos comportamentos disfuncionais e à associação entre estes comportamentos e as suas causas internas. Por exemplo, é relevante perceber que a mudança referente à maior aceitação da filha da namorada é avaliada na entrevista como “Algo inesperada” e como “Extremamente importante” e no PQ como reduzindo de “Muito Grande Mal-Estar” para “Muito Pouco Mal-Estar”. Em associação próxima, encontra-se ainda a “desmotivação com a vida amorosa”, que inicialmente avaliada por um “Mal-Estar Moderado” é avaliada num momento final como “Nenhum Mal-Estar”.

A expectativa “Algo inesperada” em contraste com a inicial “Totalmente inesperada” associada à aceitação da filha do namorado, embora possa não configurar uma diferença relevante, coloca sob foco outras hipóteses para as motivações da cliente em esperar, em algum grau, a mudança. Ao longo da análise de dados, identificam-se evidências de uma consciencialização prévia ao processo no que toca à diferenciação entre papéis e qualidades das relações. Repare-se que, na avaliação da mudança referente a esta maior diferenciação, a cliente caracteriza-a como “Nem esperada, nem inesperada” e como “Muito importante”. Na verdade, o estudo sistematiza algumas evidências de um processo autónomo de auto-consciencialização, de maturação psicológica decorrente do contacto com as problemáticas e os acontecimentos de vida da cliente. A título de exemplo, percebe-se que a terapeuta assume estas mudanças como estando ao alcance da cliente sem terapia, mas como tomando provavelmente mais tempo. Assim, a terapia poderá ter funcionado como promotor ou catalisador desta maturação. Independentemente das atribuições desta mudança, pode, no entanto, inferir-se que esta ocorreu ao longo do processo psicoterapêutico. A terapeuta, por

exemplo, ilustra uma alteração e substituição eficaz das crenças irracionais negativas associadas a inferioridade e autoestima reduzida, algo que se coaduna com melhorias na autoestima e autoconceito identificadas pela cliente; menciona também a reação de surpresa da cliente face à eficácia do EMDR na alteração de esquemas habituais de pensamento. Efetivamente, parecem ter ocorrido alterações nos processos psicológicos da cliente, no sentido de uma maior flexibilidade psicológica e integração de novos significados.

Em quinto lugar, é especificado um quinto domínio de mudança em torno do grau de perturbação de acontecimentos ou memórias de valência traumática ou negativa. A tendência geral no relato da cliente e terapeuta é de uma diminuição da intensidade das sensações físicas negativas associadas à imagem mental perturbadora (i.e., dessensibilização somática), de uma reformulação da experiência interna associada aos episódios perturbadores, de uma revalorização ou integração de novos significados no que toca aos conteúdos mentais associadas com a experiência negativa, de uma intervenção positiva ao nível dos “tiques nervosos”. Tanto terapeuta como cliente assinalam as repercussões destas alterações específicas nas vivências do presente: por exemplo, a terapeuta refere-se a respostas adaptativas face aos comentários de terceiros sobre o corpo da cliente no funeral da sua avó. Todavia, há relatos de redução insuficiente na perturbação associada a episódios do passado envolvendo a figura do irmão através de EMDR e de uma regressão (mas não deterioramento) da diminuição dos “tiques nervosos”, atribuída ao *dropout*. Em suma, infere-se que existem, de facto, mudanças significativas neste domínio, já que são expressas diversas melhorias específicas. Um *follow-up* mais longo poderia auxiliar esta compreensão. A regressão dos comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo é relevante e assinala uma não-mudança a longo prazo, embora não invalide a mudança sentida durante o processo terapêutico.

Não obstante, é preciso compreender que a terapeuta encontra em diversos acontecimentos de vida da cliente obstáculos ao progresso em terapia (e.g., morte da avó), mas também que as mudanças são identificadas pela terapeuta através do relato da cliente e não a partir da observação em contexto terapêutico. Ora, isto suscita a relevância daquilo a que Elliot (2002) denomina de artefactos relacionais, como a desejabilidade social ou o desejo por parte da cliente em agradar à terapeuta ou ao investigador. Algumas das imprecisões da cliente (e.g., ausência de espontaneidade na identificação de certas mudanças ou pontos específicos do seu discurso como fazendo eco dos termos usados pelo entrevistador) constituem preocupações necessárias. Artefactos derivados da expectativa (Elliot, 2002) fazem também sentido no presente caso: a análise e discussão de resultados

suscita, por diversas vezes, a problemática da aparente mudança, que parece partir em diferentes momentos da mera constatação da psicoterapia como um processo útil e importante. Exemplos disto são a ausência de especificidades associadas a expressões frequentes da cliente como “ajudou muito” ou “foi muito útil”. Pela parte da terapeuta, a sua forte identificação com o modelo e fortes expectativas de mudança constituem, obviamente, artefactos relacionais e artefactos derivados da expectativa. Neste ponto, torna-se crucial o cruzamento de dados realizado com a perspectiva da cliente, sobretudo no que toca a mudanças inesperadas (como discutido anteriormente). Por último, os efeitos reativos da investigação têm peso nas explicações de mudança como associadas ou não à terapia. Características como o altruísmo da cliente, a sensibilidade ao domínio sob investigação pela formação em psicologia ou a preocupação com a qualidade do estudo conotam alguns destes efeitos. Todavia, a cliente relata uma percepção reduzida de impacto da investigação sobre o processo. Pela parte da terapeuta, há claramente um forte interesse em evidenciar a eficácia das abordagens através da investigação. São efeitos a ter em conta na atenuação da importância ou consolidação das mudanças, mas que não impossibilitam a discussão dos presentes resultados.

Q2: A integração entre EMDR e *Mindfulness* é responsável pela mudança?

A integração entre as abordagens é valorizada ao longo de diferentes domínios e resultados positivos pela cliente e pela terapeuta. Os moldes pelos quais esta integração ocorreu são também identificados. Por exemplo, a respiração *mindfulness* é identificada como estratégia de *coping* eficaz face à ativação desencadeada pelo EMDR. Contudo, no discurso das participantes, não existe qualquer referência direta que permita associar a integração entre as abordagens e resultados ou mudanças específicas. Apenas é possível associar a integração entre EMDR e *Mindfulness* a uma eficácia inespecífica do processo psicoterapêutico.

Neste seguimento, torna-se sensato perceber, pelo menos, se o recurso paralelo a EMDR e *Mindfulness* ao longo da intervenção pode explicar algumas das mudanças encontradas. Ao nível do EMDR, as componentes mais valorizadas pelas participantes são o processamento (i.e., dessensibilização e reprocessamento, incluindo a estimulação bilateral) e a técnica do lugar seguro frequentemente utilizada em EMDR através da visualização e experiência de uma imagem positiva, emoção positiva e sensação física positiva. Esta instalação de uma imagem prazerosa potencia a consolidação da redução do grau de perturbação subjetiva (SUD) da experiência traumática, mas também a alteração e

substituição de acontecimentos que sustentam crenças negativas. Neste âmbito, a respiração *mindfulness* (como faceta mais evidente da aplicação de *Mindfulness* neste processo) aparenta ter sido utilizada como alternativa ou complemento à técnica do lugar seguro, para além de *coping* face à ativação gerada pelo EMDR na fase de dessensibilização. O desenvolvimento da capacidade de focalização e auto-observação parece ter sido aplicada ao nível do contacto com os conteúdos mentais da cliente e sensações físicas. Assim, como inicialmente previsto neste estudo, o *Mindfulness* parece ter surgido como complemento à abordagem EMDR, reforçando ou potenciando os efeitos da estimulação bilateral, da dessensibilização ou do reprocessamento.

Constrangimentos de espaço não permitem a discussão de todas as mudanças ou evidências correspondentes identificadas, procedendo-se a uma seleção das mais significativas ou estimulantes à discussão.

A evidência mais forte de uma atribuição direta da responsabilidade de EMDR a uma mudança situa-se ao nível do autoconceito e da autoestima, mais especificamente, do *coping* da cliente com a sua autoestima reduzida e estilo evitativo. Partindo destas problemáticas, decorreu um processo EMDR com identificação dos acontecimentos que sustentavam as crenças de desvalorização ou de autoimagem empobrecida. Assim, procura-se a dessensibilização e reprocessamento do episódio mais antigo associado a estas crenças – comentário de amigos dos pais sobre o seu aspeto físico. A intensidade das sensações físicas associadas a esta memória, assim como o impacto dos conteúdos mentais correspondentes é atenuada e, em última instância, eliminada (grau de perturbação subjetiva atinge zero). Este é o momento do processo psicoterapêutico descrito em maior detalhe tanto pela cliente como pela terapeuta. Em particular, pela perspetiva da cliente, a mudança é sentida como um “*click*”, como súbita, repentina e surpreendente. Há ainda uma perceção imediata de consolidação da mudança.

Desta mudança parece partir a adoção de outros comportamentos, estilos de *coping* ou esquemas cognitivos. Veja-se, por exemplo, a autorregulação cognitiva e emocional ajustada que a cliente revela perante comentários ao seu aspeto físico no funeral da avó, assim como as suas menções em entrevista de uma relativização ou desvalorização do teor destes comentários. A perspetiva da terapeuta corrobora esta noção. O processo EMDR permite associar ainda a esta crença gatilhos atuais como o contacto com figuras de autoridade no contexto profissional (e.g., diretor) ou com o irmão, pelo que a mudança atrás identificada teria repercussões expetáveis no contexto profissional ou na relação com o irmão. Efetivamente, a cliente identifica maior assertividade no contexto profissional,

relatando inclusive uma atitude e comportamento de confrontação para com o diretor como algo do qual não seria capaz anteriormente. Todavia, foram identificadas outras hipóteses de atribuição desta mudança no contexto profissional: primeiramente, a cliente percebe o contexto de estágio como não tendo sido alvo direto de intervenção terapêutica. Esta percepção não é incompatível com a avaliação e discussão do processo até aqui, uma vez que, efetivamente, procurou atuar-se ao nível das crenças irracionais negativas e acontecimentos negativos que as sustentam a partir do passado, com repercussões para o presente. Logo, a ausência de um trabalho direto sobre o contexto profissional não implica a ausência de mudança neste. Num segundo ponto, a cliente esclarece que o término do estágio se dará dentro de um mês após a data de entrevista, o que tenderá a favorecer uma diminuição geral da ansiedade e adoção de comportamentos mais confrontativos.

Não obstante, percebe-se a maior assertividade/menor evitamento e a maior autovalorização global como mudanças extremamente importantes para a cliente, como totalmente inesperadas e percebidas como não acontecendo, de certeza, sem terapia. A dificuldade em relacionar-se com os outros, conforme assinalada pelo PQ, mostra uma diminuição de 3 pontos do mal-estar gerado e a desvalorização igualmente identificada no PQ revela uma diminuição de 2 pontos no grau de mal-estar. Estes são indicadores salientes de uma forte atribuição destas mudanças ao processo terapêutico e, concomitantemente, à abordagem EMDR complementada por *Mindfulness*.

Por seu turno, a figura do irmão como gatilho atual da crença de inferioridade e baixa autoestima é de ponderação mais complexa no presente estudo. É a segunda problemática mais frequentemente evidenciada pelo discurso da cliente, à qual faz corresponder uma mudança na qualidade da dinâmica relacional entre os dois: menor evitamento, menor conflituosidade e maior proximidade. A perspectiva da terapeuta sugere que o processamento em EMDR terá permitido melhorias na relação da cliente com o irmão, baseando-se nos diversos relatos da cliente e especificamente numa situação familiar ausente de conflito conforme descrita pela cliente subsequentemente a uma das sessões. Há, claramente, através de EMDR, uma atenuação da experiência negativa subjetiva associada à relação com o irmão. Ademais, a maior aceitação da relação do irmão é tida como totalmente inesperada e como muito importante.

Contudo, como anteriormente explorado, a redução da valência perturbadora não corresponde necessariamente a uma mudança efetiva ou estável conforme sugerida pela cliente (“aceitação ligeiramente maior da relação com o irmão”). A melhoria na qualidade da dinâmica relacional com o irmão, embora aparente ser diretamente atribuída à intervenção

psicológica pela terapeuta (por exemplo, como evidente no PQ pela redução de 4 pontos no mal-estar gerado pelo nervosismo e desconforto do contacto com o irmão), é ponderada pela cliente, de forma mais ou menos indireta, como produto de fatores de descontinuidade e exteriores ao contexto terapêutico. Aqui, nitidamente, situa-se a perda da avó como gerando uma dinâmica de abertura e aproximação familiar, o que potenciou mudanças na relação com o irmão. Talvez daqui parta uma explicação possível para a avaliação desta mudança pela cliente como não sabendo se aconteceria sem terapia.

Por outro lado, a cliente atribui eficácia limitada ao processo EMDR sobre a relação com o irmão, já que encontra desconforto numa fase inicial na incapacidade de reduzir o grau de perturbação subjetiva associado a um episódio em processamento associado ao irmão. Mesmo perante uma atitude de apoio e desafio por parte da terapeuta, a cliente assume uma mudança não-consolidada a este nível. Perante esta inconsistência de evidências, não é possível inferir que o EMDR em conjugação com *Mindfulness* é responsável por esta mudança.

A perda da avó surge como elemento de descontinuidade e redireccionamento do processo terapêutico. A mudança aqui identificada prende-se, essencialmente, com uma aceitação da morte da avó como tendo ocorrido mais rapidamente que o expectável. A ansiedade associada à morte da avó e perceção de comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo foi alvo de trabalho terapêutico a partir de EMDR. Mas terá esta abordagem sido responsável por uma facilitação da aceitação da morte da avó? Não há evidências de uma relação direta: a terapia é implicada como ajudando neste domínio (provavelmente a mudança não teria acontecido sem terapia, pela perspetiva da cliente), mas como uma mudança esperada. Como tal, é possível o processo terapêutico tenha constituído simplesmente um espaço onde o processo natural de luto possa ter tomado lugar e que esse contexto seguro, ao nível do *setting* e da relação, tenham potenciado um *coping* de menor ansiedade face ao acontecimento e uma atenuação do *distress* psicológico. A aproximação familiar pode ter servido igualmente como contexto seguro onde o processo de luto se tenha podido desenrolar. Não obstante, é importante questionar se EMDR ou *Mindfulness* terão ajudado à intervenção sobre as obsessões-compulsões agravadas a partir da morte da avó. A cliente refere-se ao *Mindfulness* como eficaz para lidar com a morte da avó e na melhor gestão ou redução dos “tiques nervosos”; paralelamente à terapeuta, que situa o *Mindfulness* no trabalho de luto da avó e no contexto não-terapêutico da cliente (i.e., recurso ao *Mindfulness* no espaço exterior à terapia). Neste sentido, é possível que a atuação de *Mindfulness* em resposta à focalização excessiva no passado, antecipação do futuro e

catastrofização psicológica da cliente tenha sortido efeitos positivos sobre este fator de descontinuidade inesperado e, conseqüentemente, sobre os comportamentos de caráter obsessivo-compulsivo. Ressalve-se, contudo, que o *dropout* é identificado por diversas vezes como elemento impeditivo de um maior âmbito e eficácia de atuação de EMDR sobre estes domínios de mudança.

Por último, opta-se por destacar a mudança identificada ao nível da aceitação da filha do namorado e, em íntima associação, a melhoria da dinâmica relacional do casal sob a perspetiva da cliente (a partir da sua maior motivação para a vida amorosa). O medo de não conseguir lidar mais com a filha do namorado sofre, pelo PQ, uma redução de dois pontos – de “Muito Grande Mal-Estar” para “Muito Pouco Mal-Estar” – ao passo que a desmotivação com a vida amorosa é marcada por uma redução de “Mal-Estar Moderado” para “Nenhum Mal-Estar” (3 pontos de diferença). A aceitação e proximidade da filha do namorado é tida como mudança nem esperada, nem inesperada, apesar de extremamente importante, à semelhança do que acontece com o reconhecimento da maior consciencialização para as diferenças entre papéis e relações. Sem terapia, provavelmente estas mudanças não teriam acontecido, segundo a cliente. Contudo, surgem evidências que levam a conceber a mudança como melhor atribuída a fatores inerentes às características ou processos de maturação psicológica da cliente: estava presente, à partida, uma consciencialização clara de “Matilde” para com as suas problemáticas e a natureza dos seus comportamentos, em particular no que diz respeito ao seu reconhecimento prévio de uma diferenciação de papéis e relações, essencial a uma melhor resolução da problemática. Terá decorrido, entretanto, um processo de maturação psicológica que consolidou esta mudança?

Terá o contacto com a terapeuta funcionado como um processo de “segunda opinião”, capaz de potenciar uma segurança mais consistente na sua compreensão do lugar e valor de cada figura da vida do namorado? Esta é uma outra possibilidade nesta discussão de resultados. A mudança é valorizada como rápida, inesperada e completa: a cliente caracteriza-a, inclusive, como ocorrendo numa só sessão. EMDR e *Mindfulness* não são implicados nesta mudança, mesmo que o recurso às abordagens tenha permitido, ao longo do processo, a atuação global sobre a insegurança e autoestima da cliente, relevantes para esta problemática. Existe a menção a uma componente técnica, por parte da cliente, decorrente da descrição de uma maior tranquilidade dos sentimentos do namorado face a si, mas não é especificada. Conclui-se, a partir deste diálogo entre resultados, que a mudança pode ser atribuída parcialmente e de igual forma à maturação psicológica da cliente e ao processo psicoterapêutico (nomeadamente, a relação terapêutica e a diferenciação trabalhada

em sessão), sem qualquer um dos fatores poder assumir maior peso do que outro. Menos evidente é, certamente, a responsabilidade de EMDR ou *Mindfulness* nesta mudança.

À eficácia das abordagens EMDR e *Mindfulness* terá sempre de ser contraposta a ação ou mediação de outros fatores paralelos ao processo psicoterapêutico. Estes são sistematizados ao nível: das características pessoais da cliente, do seu processo autónomo de maturação psicológica, da sua formação e experiência profissional; das condicionantes determinadas pelo contexto de estágio (como o seu término previsto); de fatores de descontinuidade no contexto-não terapêutico (e.g., a morte da avó da cliente). Ainda, a relação terapêutica; as características da terapeuta; o *setting* terapêutico; o fator tempo (e.g., *timings* da intervenção); e a ausência de trabalho específico sobre traumas ou experiências negativas de maior gravidade a partir de *Mindfulness* ou EMDR (o que previne reações negativas de maior intensidade).

Q3 – Que fatores ou processos psicológicos de mudança conduziram à eficácia do processo, a partir de EMDR, de *Mindfulness* ou da sua integração?

Os resultados permitem suscitar a relevância de diversos processos psicológicos de mudança inerentes aos mecanismos de ação das abordagens EMDR e *Mindfulness*. Novamente, pelo âmbito restrito deste estudo, selecionam-se para discussão os que melhor se coadunam com a revisão de literatura e fundamentação teórica desenvolvida, pela riqueza de comparação e integração com os resultados de outros estudos.

Em primeiro lugar, cliente e terapeuta implicam necessariamente a dessensibilização através de EMDR como permitindo a diminuição ou atenuação da intensidade ou impacto das sensações físicas ou conteúdos mentais, um processo que abre espaço para que ocorra uma reintegração de elementos adaptativas nas memórias processadas, em detrimento de um armazenamento disfuncional da informação (Shapiro, 2001), que despoleta reações e sintomatologias adversas (Hofmann et al., 2014; Hyer & Kushner, 2007). A ansiedade social, ansiedade de desempenho, comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo e autoconceito/autoestima empobrecidos são disso evidência na cliente. Ademais, os resultados permitem igualmente perceber que o EMDR permite eficazmente identificar, alterar e substituir a perceção dos acontecimentos que sustentam ou mantém as crenças irracionais negativas (e.g., como a de inferioridade ou desvalor), o que desencadeia alterações nos *inputs* de informação da cliente (sensoriais, cognitivos, emocionais e somáticos). Nesse sentido, como Oren e Solomon (2012) corroboram, estes *inputs* que orientam o indivíduo na sua experiência interna e contacto com os outros e com o mundo

são, consequentemente, alterados. E aqui, como evidenciado pelo caso da cliente, surgem inúmeras repercussões: por exemplo, a alteração dos esquemas cognitivos é inevitável, porque crenças mais adaptativas passam a estar no lugar das anteriores, levando a cliente a desencadear um processo de mudança e a orientar-se segundo as crenças alteradas. Efetivamente, os resultados permitem compreender que eventos do presente ativaram diferentemente esquemas cognitivos e estratégias de *coping* diferentes por parte da cliente, quando anteriormente ativariam informação armazenada de forma disfuncional ou não-processada (Shapiro, 2001).

Por seu turno, o treino em auto-observação potenciado pelo *Mindfulness* é, por si, só uma mais valia; a focalização no momento presente, no contacto íntimo com as sensações físicas e conteúdos mentais, é tido como inibidor de antecipação e catastrofização na cliente. Se se perspetivar esta catastrofização como associada a uma evocação recorrente de cognições negativas disfuncionais, percebe-se claramente pontes com o trabalho de Teasdale (1988) na depressão ou o estudo de van Vugt, Hitchcock, Shahar e Britton (2012). Neste último, comprovou-se a eficácia de *Mindfulness* na redução dos padrões que perpetuam a ruminação e no enfraquecimento das redes psicológicas associadas a estados mentais negativos, à semelhança dos resultados encontrados no presente estudo. Ademais, o *Mindfulness*, quando integrado com EMDR, permitiu à cliente potenciar a saliência dos conteúdos mentais e sensações físicas a serem processados, i.e., o treino na focalização possibilitou identificar mais claramente os diferentes *inputs*, diferenciá-los de forma mais consistente (com implicações para um melhor domínio da linguagem EMDR) e rastreá-los com maior eficácia antes e depois do processamento. Assim, existe uma clara sobreposição com a fundamentação teórica, que antevia o *Mindfulness* como tecnologia de acesso à informação a ser processada (Shapiro, 2001), mas também como otimizando o rastreio corporal (*Body Scan*), nos termos concebidos tanto pela vertente de *Mindfulness* (e.g., Williams et al., 2007), como de EMDR (Shapiro, 2001).

Um dos aspetos mais salientes do presente estudo constitui o fator temporal, que evidenciou *Mindfulness* e EMDR como processos de aprendizagem. Neste seguimento, a consciencialização para a presença de informação ou *coping* desadaptativo pode constituir, por si só, um processo psicológico de mudança. O EMDR, por exemplo, pela evocação de experiências específicas do passado da cliente, identifica e processa a informação armazenada de forma disfuncional, pelo que a cliente experienciou, efetivamente, um processo de aprendizagem das múltiplas componentes (cognitiva, emocional, fisiológica, etc.) no seu processamento de informação (Shapiro & Maxfield, 2002). A noção de evocação

de experiências específicas do passado parece igualmente sobrepor-se com mecanismos de ação de *Mindfulness* como a especificidade da memória autobiográfica. À semelhança do EMDR, o *mindfulness* permite ao indivíduo potenciar a sua capacidade de recordar eventos específicos da sua vida, em vez de esquemas genéricos ou ambíguos de valência negativa. Trabalhar ao nível da especificidade através de EMDR ou *Mindfulness* possibilita a redução da codificação sobregeneralizada e enviesada de acontecimentos de vida, mas também a supressão da recuperação de memórias com valência negativa (Williams et al., 2000). O presente estudo está em total consonância com esta noção, a partir dos múltiplos relatos da reformulação ou revalorização de experiências ou sensações negativas, tidas como fundamentais para a atenuação do impacto de determinadas experiências na sustentação de crenças irracionais negativas ou estilos de *coping* desadaptativo.

As respostas de percepção e distanciamento ao longo das abordagens, em particular do *Mindfulness*, são, denote-se, os elementos mais recorrentes nos resultados. Cliente e terapeuta implicam permanentemente uma reformulação, uma revalorização, uma alteração na percepção das experiências, dos conteúdos mentais e das sensações. Esta revalorização é tomada invariavelmente no sentido de um distanciamento à experiência que possibilita a sua reconceptualização. A partir de *Mindfulness*, por exemplo, a cliente tomou-se conta da transitoriedade da experiência negativa, implicando uma maior flexibilidade psicológica e, de certa forma, um processo psicológico de desenvolvimento de metacognição (Shapiro, Carlston, Astin & Freedman, 2006; Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & Segal, 2002). A partir de EMDR, a título exemplificativo, a avaliação recorrente do grau de perturbação subjetiva (SUD) permitiu à cliente ir gerando referências internas acerca do seu progresso, no sentido de um maior distanciamento à experiência traumática. Como explicitado ao longo da fundamentação teórica deste trabalho, as respostas de distanciamento são processos psicológicos identificados pela literatura como associados à mudança através de EMDR (Lee, Taylor & Drummond, 2006). Estas respostas de distanciamento aparentam ser, desta forma, igualmente fundamentais ao *mindfulness*.

A percepção gerada pela transformação das experiências negativas e *inputs* associados pelo EMDR é um mecanismo de ação proposto no âmbito do *Mindfulness* por Shapiro e colaboradores (2006), mas pertinente aos processos psicológicos de mudança inerentes ao EMDR. Tal como no *Mindfulness*, este processo de descentração (Shapiro et al., 2006) relativiza o impacto das emoções, pensamentos ou sensações corporais e desbloqueia o processamento de informação, facilitando a aprendizagem e integração funcional anteriormente mencionada (Shapiro & Maxfiel, 2002).

Esta percepção está intimamente associada com o processo de distanciamento e com a transformação do sujeito em objeto (e.g., Kegan, 1982), o que abre espaço terapêutico à criação, (re)construção e integração de novos significados na experiência da cliente e na sua identidade. É a partir deste distanciamento, por exemplo, que o trabalho a partir de metáforas é possível, como na dinâmica dialógica (Gonçalves e Ribeiro, 2012) estabelecida em processo entre a criança defesa e a adulta empoderada: desta forma, o progresso terapêutico é permitido pela atribuição de maior poder a uma voz interna (Hermans, 2004), anteriormente silenciada ou inibida que mantinha uma narrativa disfuncional. O progresso em terapia neste ponto específico é, aliás, possível de ser perspectivado como uma reconceptualização da identidade da cliente, potencialmente em sobreposição com o trabalho de Gonçalves e Ribeiro (2012) que caracterizam o momento de inovação de reconceptualização em psicoterapia como o desenvolvimento de uma meta-perspetiva sobre a emergência de contrastes entre o *self* que viveu essas experiências e o *self* que destas se consciencializa no presente. A cliente como refletindo sobre a sua incapacidade em confrontar o diretor da instituição de estágio meses antes e como fazendo-o agora é evidência disso mesmo.

Q4: Na perspectiva da cliente, a relação entre as duas abordagens é mutuamente benéfica, contraproducente ou neutra?

É possível que a resposta a esta questão de investigação não seja linear, tal como a relação entre as duas abordagens é muito provavelmente não-linear. É presumível que o treino em *Mindfulness* tenha permitido potenciar a focalização na respiração de forma a constituir uma melhor estratégia de *coping* face à ativação psicológica e somática desencadeada pelo EMDR, tanto em sessão como em contexto não-terapêutico (Marich, 2011a; Zangwill & Kosminsky, 2001). De igual importância, é a contribuição de *Mindfulness* na focalização sobre o “aqui-e-agora” como forma de otimização do protocolo EMDR (Shapiro, 2001). Contudo, a resposta mais consistente a partir dos dados da cliente constitui uma relação variável entre as abordagens, a partir da mediação das decisões terapêuticas em sessão no que diz respeito ao grau de recurso à estimulação bilateral, à respiração *Mindfulness* ou à técnica do lugar seguro. A eficácia da dialética entre as abordagens pode ser favorecida ou não em contexto terapêutico, dependendo da frequência e *timing* da sua implementação.

Q5: Na perspectiva da terapeuta, a relação entre as duas abordagens é mutuamente benéfica, contraproducente ou neutra?

À semelhança da perspectiva da cliente, é possível que a relação entre as duas abordagens não seja linear. Será benéfica no sentido em que o *Mindfulness* desenvolve a competência de auto-observação, de contacto com a respiração, de focalização no presente, de identificação e diferenciação entre conteúdos mentais e sensações físicas, competências relevantes para a eficácia de EMDR. Para além disso, o *Mindfulness* permite otimizar a técnica do lugar seguro no EMDR, potenciando a sensação física, a emoção positiva e a imagem positiva. A relação será contraproducente perante uma focalização excessiva nas sensações físicas perturbadoras a partir do *Mindfulness*, gerando entraves à eficácia de EMDR. Embora a terapeuta conceba o treino mais consolidado em *Mindfulness* como prevenindo a focalização excessiva e como estimulando o distanciamento e regulação emocional, o *Mindfulness* pode ser visto como “travando” a rapidez e eficácia de EMDR pelo maior investimento de tempo que lhe é necessário. Nesse sentido, até o maior recurso aos entrelaçamentos cognitivos e metáforas no seio do EMDR de forma a atenuar potenciais efeitos negativos de *Mindfulness* (conforme sugerido pela terapeuta) consome tempo na intervenção. O fator Tempo surge, assim, como um mediador negativo da relação entre as abordagens, especialmente pela forma como o *Mindfulness* determina o consumo de maior tempo em sessão, maior tempo de aprendizagem/domínio e maior investimento temporal para a perceção de resultados

A relação não-linear surge como resposta mais equilibrada e dialética, se perspectivada à luz da mediação pela terapeuta dos seguintes fatores: (1) as características e recursos psicológicos da cliente; (2) a(s) problemática(s) e/ou diagnóstico(s) presentes no caso; (3) a expectativa de eficácia em determinado caso/cliente; (4) a presença ou ausência de recursos positivos como determinando ou um maior investimento em *Mindfulness* para a sua potenciação, ou uma abordagem mais direta através de EMDR, respetivamente; (5) o tempo disponível face às exigências da problemática ou do processo.

Considerações finais

A integração entre EMDR e *Mindfulness* é complexa e pode ocorrer em diferentes graus e sob distintos fatores mediadores. No presente estudo, o *Mindfulness* parece ter servido um papel de complemento à solidez da abordagem EMDR, potenciando os efeitos

desta última. Mudanças a nível da maior assertividade, da atenuação de um estilo de *coping* evitativo, de uma autoestima e imagem corporal mais positiva foram atribuídas ao recurso conjunto entre EMDR e *Mindfulness*, muito embora sem omitir o contraditório ao nível dos fatores externos ao contexto terapêutico e da influência de artefactos relacionais, de expectativa de mudança e reativos à investigação.

Na verdade, a relação entre EMDR e *Mindfulness* aparenta ser não-linear, com argumentos muito positivos em favor dos benefícios da procura de uma integração, mas essencialmente dependente de fatores mediadores geridos dialeticamente pela díade terapêutica, como as características e recursos psicológicos da cliente, a(s) problemática(s) ou diagnóstico(s), a expectativa de eficácia em determinado caso e o tempo disponível face às exigências das problemáticas ou do próprio processo.

Limitações do estudo

O presente estudo não o é sem as suas limitações. Em primeiro lugar, não podem ser desvalorizadas as implicações dos artefactos relacionais e dos artefactos derivados da expectativa de mudança, a par de fatores não-terapêuticos como explicando os resultados encontrados. A este propósito, é importante refletir sobre a inclusão da terapeuta simultaneamente como um risco e uma oportunidade. Os dados que partem da perceção da terapeuta podem naturalmente estar enviesados pela sua perspetiva singular das abordagens utilizadas. No entanto, considera-se como enriquecedor a inclusão da sua perspetiva, pelo convergência e contraste de informação que possibilita face à perspetiva da cliente.

Em segundo lugar, as recorrentes modificações ao método de recolha de dados não favorecem o rigor científico deste trabalho, mesmo que tenha sido alvo de uma ponderação cuidada. Na verdade, uma maior eficácia e rigor na abordagem hermenêutica utilizada necessitaria de maior frequência de momentos de avaliação ao longo do processo, de forma a procurar identificar o ponto temporal de algumas mudanças. Nesse sentido, o estudo carece de um mapeamento entre as diferentes sessões e os seus resultados (*process-outcome mapping*; Elliot, 2002) para que maior precisão possa ser concretizada na atribuição das mudanças a fatores específicos da terapia. Um *follow-up* (de pelo menos 3 meses) teria permitido ainda averiguar a manutenção ou consolidação das mudanças e suas atribuições por parte da cliente – um momento de avaliação adicional cujos constrangimentos temporais não possibilitaram. Por outro lado, a desorganização gerada em torno dos

redireccionamentos dos alvos de intervenção e do *dropout* determinou uma nítida ênfase da análise de dados sobre as entrevistas realizadas, em detrimento da inclusão clara de uma ponderação quantitativa (e.g., cf. Tabelas 3, 4 e 5 do Anexo C, p. 63-65), até estatística, dos resultados encontrados.

A construção e reflexão de cinco questões de investigação em torno de uma oportunidade pouco comum para um trabalho de âmbito académico enriqueceu, sem dúvida, a compreensão e o contacto com duas abordagens recentes ou inovadores na prática psicoterapêutica, mas dificultou uma exploração detalhada do processo pela abordagem hermenêutica.

Por sua vez, a generalização dos resultados a partir de um estado de caso é impraticável. Este estudo constitui uma oportunidade para a compreensão enriquecedora de como o recurso às abordagens baseadas em EMDR e *Mindfulness* podem funcionar como modelo de intervenção nesta cliente e com esta terapeuta, algo enriquecedor em si mesmo. E embora seja sensato presumir a probabilidade da sua eficácia num leque alargado de problemáticas e clientes, tornou-se claro neste estudo que diferentes fatores podem mediar a mudança em psicoterapia a partir de EMDR e *Mindfulness*.

Implicações do estudo para o contexto académico e para a prática clínica

Uma das motivações mais evidentes para a concretização deste estudo partia da frustração de um afastamento de novos modelos de intervenção em psicoterapia do contexto académico, em particular no que diz respeito à formação de jovens psicólogos. Embora o domínio do conhecimento teórico como subjacente às diferentes orientações de intervenção terapêutica seja fundamental, a formação dos estudantes de Psicologia carece de um contacto mais aproximado com a componente técnica em psicoterapia, nomeadamente no que diz respeito a novos formatos de intervenção como o EMDR. Parece existir, ademais, uma tendência para a desvalorização dos contributos que o *Mindfulness* pode oferecer à intervenção psicológica, a partir da euforia de *marketing* e comercialização da abordagem que se gerou na última década em Portugal. Na verdade, o *Mindfulness* não é uma panaceia e não pode ser concebido como uma solução universal que se adequa a todos os contextos de intervenção e todas as problemáticas existentes. Nesse sentido, este estudo pretende ser um alerta simultâneo para: (1) a indiferenciação de contextos e problemáticas nos quais se aplica o *Mindfulness*, claramente; (2) a necessidade de estimular a qualidade de formação

dos futuros psicólogos, com uma aproximação a novas abordagens: (3) a necessidade de pensar criticamente na escolha do modelo de intervenção como precisando de estar ao serviço do cliente e não do terapeuta, i.e., este estudo pretende contribuir para uma pluralidade e ecletismo de modelos e moldes de intervenção psicoterapêutica.

A prática clínica pode e deve evoluir no sentido de uma integração ponderada de abordagens, se desta sair beneficiado o processo de mudança do cliente. É evidente que as implicações práticas deste estudo suscitam a importância de refletir sobre a extensão temporal e o custo associado ao “fazer terapia”. A abordagem EMDR pode constituir-se como uma solução para este problema, pela sua eficácia e brevidade. Contudo, à semelhança do *Mindfulness*, não pode ser perspetivado como um recurso “one-size-fits-all”. A sua eficácia aparenta estar altamente dependente da competência profissional, da ponderação em sessão da forma como à abordagem se deve recorrer e, não menos importante, das características do caso e do cliente que o profissional tem em mãos.

Direções futuras

A integração entre EMDR e *Mindfulness* tem um forte potencial para a investigação e para as suas implicações na prática clínica. Este estudo é uma abordagem possível e outras devem ser perseguidas. Em particular, o estudo de processos de mudança dados como completos ou consolidados e com maior especificidade temporal de avaliação constitui uma das sugestões para estudos futuros.

Para além disso, reunidas condições éticas e competências profissionais para o fazer, a investigação deveria procurar perceber se, à semelhança do que a literatura revista sugere, o *Mindfulness* funcionaria em alternativa à estimulação bilateral (nas suas diferentes modalidades visuais, auditivas ou táteis) durante a fase de dessensibilização e reproprocessamento do EMDR. Se sim, qual a sua eficácia comparativamente à estimulação bilateral protocolada?

Ademais, o desenvolvimento de competências poderia ainda ser investigado ao nível da apropriação em contexto terapêutico e não-terapêutico por parte dos clientes de técnicas de fusão entre *Mindfulness* e EMDR, como a caminhada meditativa, variações bilaterais de “*clench and release*” ou o “*Butterfly Hug*”.

Por último, sem desvalor às idiosincrasias e explorações singulares de um processo único de mudança, a investigação deveria procurar assumir estudos comparativos, através

de casos isolados ou de amostras representativas. A profusão ainda reduzida de terapeutas EMDR dificulta o estabelecimento de estudos experimentais que integrem grupos experimentais e de controlo, mas objetivos deste âmbito enriqueceriam largamente o campo de investigação em psicoterapia.

EMDR e *Mindfulness* são abordagens válidas e empiricamente validadas ao longo de literatura cada vez mais consistente. A formação dos novos psicólogos deve aproximar-se destes novos modelos de intervenção, em particular no que diz respeito à sua competência técnica. A investigação encontrará na integração entre as duas abordagens um vasto campo de exploração e contributos valiosos para a atualização da prática psicoterapêutica.

Referências bibliográficas

- Allen, N. B., Chambers, R., & Knight, W. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285–294. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01794.x
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(2), 209–223. doi:10.1111/j.2044-8260.1997.tb01408.x
- Astin, J. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(2), 97–106.
- Baddeley, A. (1999). *Essentials of human memory*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Baddeley, A. (2001). Is working memory still working? *American Psychologist*, 56(11), 851–864. doi:10.1037/0003-066x.56.11.851
- Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2008). Eye Movement Desensitization and Reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investigation*, 5(1), 60–65. doi:10.4306/pi.2008.5.1.60
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. doi:10.1093/clipsy.bpg015
- Baer, R. A. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. doi:10.1177/1073191105283504
- Balcom, D., Call, E., & Pearlman, D. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing treatment of internalized shame. *Traumatology*, 6(2), 69–83. doi:10.1177/153476560000600202
- Barker, C., Elliott, R. and Pistrang, N. (2016). *Research Methods in Clinical Psychology*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595–613. doi:10.1080/07351690.2013.835170

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Blore, D. (1997). Use of EMDR to treat morbid jealousy: A case study. *British Journal of Nursing*, 6(17), 984–988. doi:10.12968/bjon.1997.6.17.984
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M., & Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *The British Journal of Psychiatry*, 162(1), 118–121. doi:10.1192/bjp.162.1.118
- Britton, W., Shahar, B., Szepsenwol, O., & Jacobs, W. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy improves emotional reactivity to social stress: Results from a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(2), 365–380. doi:10.1016/j.beth.2011.08.006
- Brown, K., Ryan, R., & Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237. doi:10.1080/10478400701598298
- Brown, S., & Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 5(5), 403–420. doi:10.1177/1534650104271773
- Carlson, J., Chemtob, C., Rusnak, K., Hedlund, N., & Muraoka, M. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 3–24. doi:10.1023/a:1024448814268
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560–572. doi:10.1016/j.cpr.2009.06.005
- Chambless, D., Baker, M., Baucom, D., Beutler, L., Calhoun, K., Crits-Cristopj, P., & Daiuto, A. (1998). Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.
- Chemtob, C., Nakashima, J., & Carlson, J. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 99–112. doi:10.1002/jclp.1131
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 404–424. doi:10.1002/jclp.20776
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-Based stress reduction for stress management in healthy people: A review and Meta-Analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593–600. doi:10.1089/acm.2008.0495

- Davidson, P., & Parker, K. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305–316. doi:10.1037/0022-006x.69.2.305
- de Jongh, A., & ten Broeke, E. (1998). Treatment of choking phobia by targeting traumatic memories with EMDR: A case study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5(4), 264–269. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199812)5:43.0.CO;2-M
- de Jongh, A., ten Broeke, E., & Renssen, M. (1999). Treatment of specific phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Protocol, Empirical Status, and Conceptual Issues. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 69–85. doi:10.1016/s0887-6185(98)00040-1
- Didonna, F. (2009). Mindfulness and Obsessive-Compulsive Disorder: developing a way to trust and validate one's internal experience. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 189–219). New York: Springer Science and Business Media.
- Didonna, F., & Gonzalez, Y. (2009). Mindfulness and feelings of emptiness. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 125–151). New York: Springer Science and Business Media.
- Dimidjian, S., & Segal, Z. V. (2015). Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. *American Psychologist*, 70(7), 593–620. doi:10.1037/a0039589
- Dobkin, P. L., Irving, J. A., & Amar, S. (2012). For whom may participation in a Mindfulness-Based stress reduction program be Contraindicated? *Mindfulness*, 3(1), 44–50. doi:10.1007/s12671-011-0079-9
- Dreyfus, G. (2011). Is mindfulness present-centered and non-judgmental? A discussion of the cognitive dimensions of mindfulness. *Contemporary Buddhism: An Interdisciplinary Journal*, 12(1), 41–54. doi:10.1080/14639947.2011.564815
- Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23(2), 103–116. doi:10.1093/swr/23.2.103
- Elliot, R. (1993). *Helpful aspects of therapy form*. Retirado a 14 de Julho, 2016, de <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.html>
- Elliot, R. (2015). Hermeneutic Single-Case Efficacy Design: an overview. In K. Schneider, J. F. Pierson, & J. Bugental (Eds.), *The Handbook of Humanistic Psychology: theory, research, and practice* (2ª ed.) (pp. 351–360). USA: Sage Publications.

- Elliot, R., Mack, C., & Shapiro, D. (1999). *Simplified personal questionnaire procedure*. Retirado a 14 de Julho, 2016, de <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/pqprocedure.html>
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1–21. doi:10.1080/713869614
- Elliott, R. (2012). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. In: D. Harper and A. Thompson, ed., *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy*. John Wiley & Sona, Ltd., pp.69-79.
- Elliott, R., Wagner, J., Sales, C., Rodgers, B., Alves, P., & Café, M. (2016). Psychometrics of the personal questionnaire: A client-generated outcome measure. *Psychological Assessment*, 28(3), 263–278. doi:10.1037/pas0000174
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906–911. doi:10.1037/0003-066x.34.10.906
- Forbes, D., Creamer, M., & Rycroft, P. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder: A pilot study using assessment measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(2), 113–120. doi:10.1016/0005-7916(94)90003-5
- Foster, S. L. (2012). Integrating positive psychology applications into the EMDR peak performance protocol. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 62(4), 213–217. doi:10.1016/j.erap.2012.04.005
- Gauvreau, P., & Bouchard, S. (2008). Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 26–40. doi:10.1891/1933-3196.2.1.26
- Germer, C. (2005). Anxiety disorders: befriend fear. In C. Germer, R. Siegel, & P. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (1st ed.) (pp. 152–172). New York: The Guilford Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 738–746. doi:10.1016/j.brat.2010.04.006

- Goff, L., & Roediger, H. (1998). Imagination inflation for action events: Repeated imaginings lead to illusory recollections. *Memory & Cognition*, 26(1), 20–33. doi:10.3758/bf03211367
- Goldstein, A., & Feske, U. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(4), 351–362. doi:10.1016/0887-6185(94)00023-9
- Goleman, D. (1971). Meditation as Meta-therapy: Hypotheses toward a proposed fifth state of consciousness. *Journal of Transpersonal Psychology*, 3(1), 1–25.
- Gonçalves, M. A., & Ribeiro, A. P. (2012). Therapeutic change, innovative moments, and the reconceptualization of the self: a dialogical account. *International Journal for Dialogical Science*, 6(1), 81–98.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative Moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21(5), 497–509. doi:10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., & Sousa, I. (2015). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 26(4), 425–435. doi:10.1080/10503307.2015.1035355
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. (2015). Standardised Mindfulness-Based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and Meta-Analyses of RCTs. *PLOS ONE*, 10(4), 1–17. doi:10.1371/journal.pone.0124344
- Grainger, R., Levin, C., Allen-Byrd, L., Doctor, R., & Lee, H. (1997). An empirical evaluation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 665–671. doi:10.1002/jts.2490100412
- Green, S. M., & Bieling, P. J. (2012). Expanding the scope of Mindfulness-Based cognitive therapy: Evidence for effectiveness in a heterogeneous psychiatric sample. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 174–180. doi:10.1016/j.cbpra.2011.02.006
- Grey, E. (2011). A pilot study of concentrated EMDR: A brief report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), 14–24. doi:10.1891/1933-3196.5.1.14
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing?

- A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1–12. doi:10.1016/j.cpr.2015.01.006
- Gunter, R., & Bodner, G. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 913–931. doi:10.1016/j.brat.2008.04.006
- Gunter, R., & Bodner, G. (2009). EMDR works . . . But how? Recent progress in the search for treatment mechanisms. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 161–168. doi:10.1891/1933-3196.3.3.161
- Hanley, A. W., Abell, N., Osborn, D. S., Roehrig, A. D., & Canto, A. I. (2016). Mind the gaps: Are conclusions about Mindfulness entirely conclusive? *Journal of Counseling & Development*, 94, 103–113. doi:10.1002/jcad.12066
- Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing Mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 249–254. doi:10.1093/clipsy.bph079
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York: The Guilford Press.
- Herbert, J., Lilienfeld, S., Lohr, J., Montgomery, R., O'Donohue, W., Rosen, G., & Tolin, D. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 945–971. doi:10.1016/s0272-7358(99)00017-3
- Hermans, H. (2004). The dialogical self: between exchange and power. In H. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The Dialogical Self in Psychotherapy* (pp. 13–28). East Sussex: Brunner-Routledge.
- Hofmann, A., Hilgers, A., Lehnung, M., Liebermann, P., Ostacoli, L., Schneider, W., & Hase, M. (2014). Eye Movement Desensitization and Reprocessing as an Adjunctive treatment of Unipolar depression: A controlled study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(3), 103–112. doi:10.1891/1933-3196.8.3.103
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. doi:10.1037/a0018555
- Hyer, L., & Brandsma, J. (1997). EMDR minus eye movements equals good psychotherapy. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 515–522. doi:10.1002/jts.2490100314
- Hyer, L., & Kushner, B. (2007). Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Stress: Research, Theory, and Practical Suggestions. In P. Lehrer, R. Woolfolk, & W.

- Sime (Eds.), *Principles and practice of stress management* (3^a ed.) (pp. 545–578). New York: The Guilford Press.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113–128. doi:10.1002/jclp.1132
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(5), 358–368. doi:10.1002/cpp.395
- Johnson, K. (1989). *Trauma in the lives of children*. doi:10.1007/978-1-349-11132-9
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163–190. doi:10.1007/bf00845519
- Kegan, R. (1982). *The evolving self: problem and process in human development*. London: Harvard University Press.
- Kleinknecht, R. (1993). Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(3), 211–217. doi:10.1016/0005-7916(93)90023-p
- Korn, D., & Leeds, A. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1465–1487. doi:10.1002/jclp.10099
- Kowal, J. (2006). QEEG analysis of treating PTSD and Bulimia Nervosa using EMDR. *General Conference Presentation Abstracts of Journal of Neurotherapy*, 9(4), 114–115. doi:10.1300/j184v09n04_09
- Kutz, I., Borysenko, J., & Benson, H. (1985). Meditation and psychotherapy: A rationale for the integration of dynamic psychotherapy, the relaxation response, and mindfulness meditation. *American Journal of Psychiatry*, 142(1), 1–8. doi:10.1176/ajp.142.1.1
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., ... Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966–978. doi:10.1037/a0013786

- Lee, C. (2008). Crucial processes in EMDR: More than Imaginal exposure. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 262–268. doi:10.1891/1933-3196.2.4.262
- Lee, C., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231–239. doi:10.1016/j.jbtep.2012.11.001
- Lee, C., Taylor, G., & Drummond, P. (2006). The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(2), 97–107. doi:10.1002/cpp.479
- Levin, M. E., Luoma, J. B., & Haeger, J. A. (2015). Decoupling as a mechanism of change in Mindfulness and acceptance: A literature review. *Behavior Modification*. doi:10.1177/0145445515603707
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Lilley, S., Andrade, J., Turpin, G., Sabin-Farrell, R., & Holmes, E. (2009). Visuospatial working memory interference with recollections of trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 309–321. doi:10.1348/014466508x398943
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2^a ed.). New York: The Guilford Press.
- Lipke, H., & Botkin, A. (1992). Case studies of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with chronic post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(4), 591–595. doi:10.1037/0033-3204.29.4.591
- Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(3), 223–237. doi:10.1111/j.2044-8260.1988.tb00779.x
- Logie, R. (2014). EMDR – more than just a therapy for PTSD? *The Psychologist*, 27(7), 512–516.
- Lohr, J., Tolin, D., & Kleinknecht, R. (1996). An intensive design investigation of eye movement desensitization and reprocessing of claustrophobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(1), 73–88. doi:10.1016/0887-6185(95)00036-4
- Lopes, C., Carvalho, S., & Barbosa, M. R. (2014). Tratamento de fobia específica por dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares. *Psicologia - Teoria e Prática*, 16(1), 31–42. doi:10.15348/1980-6906/psicologia.v16n1p31-42
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-Based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31–40. doi:10.1037/0022-006x.72.1.31

- Marich, J. (2011). *EMDR made simple: 4 approaches to using EMDR with every client*. Eau Claire: PESI Publishing and Media.
- Marich, J. (2014). Trauma & Mindfulness: Effective Interventions for Healing & Resilience. In Mindful Ohio (Ed.), *PESI*. Retirado a 10 de Julho, 2016, de <http://www.traumamadesimple.com/uploads/3/0/2/4/3024486/traumamindfulnesspp.pdf>
- Masterpasqua, F. (2016). Mindfulness mentalizing humanism: A transtheoretical convergence. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(1), 5–10. doi:10.1037/a0039635
- Maxfield, L., & Melnyk, W. (2000). Single session treatment of test anxiety with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *International Journal of Stress Management*, 7(2), 87–101. doi:10.1023/A:1009580101287
- Maxfield, L., Melnyk, W., & Hayman, G. (2008). A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 247–261. doi:10.1891/1933-3196.2.4.247
- McCann, D. (1992). Post-traumatic stress disorder due to devastating burns overcome by a single session of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23(4), 319–323. doi:10.1016/0005-7916(92)90055-n
- Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, E. J. S., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., & Brainard, G. C. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15(5), 363–373. doi:10.1002/pon.988
- Muris, P., & Merckelbach, H. (1997). Treating spider phobics with Eye Movement Desensitization and Reprocessing: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 39–50. doi:10.1017/s1352465800015381
- National Collaborating Centre for Mental Health (NICE) (2005). *Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Royal College of Psychiatrists & British Psychological Society.
- Nazari, H., Momeni, N., Jariani, M., & Tarrahi, M. J. (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(4), 270–274. doi:10.3109/13651501.2011.590210
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.

- Oren, E., & Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 62(4), 197–203. doi:10.1016/j.erap.2012.08.005
- Page, A., & Crino, R. (1993). Eye-movement Desensitisation: A simple treatment for post-traumatic stress disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(2), 288–293. doi:10.1080/00048679309075779
- Pellicer, X. (1993). Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(1), 73–75. doi:10.1016/0005-7916(93)90011-k
- Propper, R., & Christman, S. (2008). Interhemispheric interaction and Saccadic horizontal Eye Movements: Implications for episodic memory, EMDR, and PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 269–281. doi:10.1891/1933-3196.2.4.269
- Puk, G. (1991). Treating traumatic memories: A case report on the eye movement desensitization procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(2), 149–151. doi:10.1016/0005-7916(91)90010-3
- Randal, C., Pratt, D., & Bucci, S. (2015). Mindfulness and self-esteem: A systematic review. *Mindfulness*, 6(6), 1366–1378. doi:10.1007/s12671-015-0407-6
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K.-Y., Eaves, L., Hoh, J., ... Merikangas, K. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression. *Journal of the American Medical Association*, 301(23), 2462–2471. doi:10.1001/jama.2009.878
- Robins, C., Schmidt, H., & Linehan, M. (2004). Dialectical Behavior Therapy: Synthesizing radical acceptance with skillful means. In S. Hayes, V. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 30–44). New York: The Guilford Press.
- Rothbaum, B. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(3), 317–333.
- Rothbaum, B., Astin, M., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607–616. doi:10.1002/jts.20069
- Rozelle, D., & Lewis, D. (2015). Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Buddhist Practice: a new model of posttraumatic stress disorder treatment. In V. Follette,

- J. Briere, D. Rozelle, & D. Rome (Eds.), *Mindfulness-Oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices* (pp. 151–183). New York: The Guilford Press.
- Sales, C., & Alves, P. (no prelo). Patient centred assessment in psychotherapy: A review of individualised tools. *Clinical Psychology: Science and Practice*
- Scheck, M., Schaeffer, J., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 25–44. doi:10.1023/a:1024400931106
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2*(2), 199–223. doi:10.1002/jts.2490020207
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures* (2^a ed.). New York: The Guilford Press.
- Shapiro, F. (2002). EMDR Treatment: Overview and integration. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach* (pp. 3–56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology, 58*(8), 933–946. doi:10.1002/jclp.10068
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*(3), 373–386. doi:10.1002/jclp.20237
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *Journal of Behavioral Medicine, 21*(6), 581–599.
- Silver, S., Brooks, A., & Obenchain, J. (1995). Treatment of Vietnam War Veterans with PTSD: A Comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Biofeedback, and Relaxation Training. *Journal of Traumatic Stress, 8*(2), 337–342. doi:10.1007/BF02109568
- Solomon, R., & Rando, T. (2007). Utilization of EMDR in the treatment of grief and mourning. *Journal of EMDR Practice and Research, 1*(2), 109–117. doi:10.1891/1933-3196.1.2.109
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A Randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a Mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine, 62*, 613–622.

- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 61–75. doi:10.1002/jclp.1129
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-Based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or Depressive disorder: A Meta-Analysis of Randomised controlled trials. *PLOS ONE*, 9(4), 1–13. doi:10.1371/journal.pone.0096110
- Sun, T.-F., Wu, C.-K., & Chiu, N.-M. (2004). Mindfulness Meditation training combined with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Psychotherapy of an Elderly Patient. *Chang Gung Medical Journal*, 27(6), 464–469.
- Tacón, A. M., McComb, J., Caldera, Y., & Randolph, P. (2003). Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease. *Family & Community Health*, 26(1), 25–33.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion*, 2(3), 247–274. doi:10.1080/02699938808410927
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275–287. doi:10.1037/0022-006x.70.2.275
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623. doi:10.1037/0022-006x.68.4.615
- Teixeira, J. R., Dores, R. A., Barreto, F. J., & Nyklíček, I. (2015). Emotional Regulation Through Mindfulness: Links to Health Behavior and the Role of Distressed (Type D) Personality. *International Journal of Psychology and Neuroscience*, 1(1), 282–316.
- Thomas, R., & Gafner, G. (1994). *Clinical Comments, Clinical Gerontologist*, 14(2), 27–62. doi:10.1300/j018v14n02_04
- Ursano, R., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., ... Benedek, D. (2010). Practice Guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *American Psychiatric Association*
- van den Berg, D., & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 664–671. doi:10.1016/j.jbtep.2011.09.011
- van den Hout, M., & Engelhard, I. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724–738. doi:10.5127/jep.028212

- van den Hout, M., Engelhard, I., Beetsma, D., Slofstra, C., Hornsveld, H., Houtveen, J., & Leer, A. (2011). EMDR and mindfulness. Eye movements and attentional breathing tax working memory and reduce vividness and emotionality of aversive ideation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(4), 423–431. doi:10.1016/j.jbtep.2011.03.004
- van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E., & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(2), 121–130. doi:10.1348/014466501163571
- van Vugt, M. K., Hitchcock, P., Shahar, B., & Britton, W. (2012). The effects of Mindfulness-Based cognitive therapy on Affective memory recall dynamics in depression: A mechanistic model of rumination. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, . doi:10.3389/fnhum.2012.00257
- Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 239–260. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02024.x
- Walsh, R., & Roche, L. (1979). Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 136(8), 1085–1086. doi:10.1176/ajp.136.8.1085
- White, G. (1998). Trauma treatment training for Bosnian and Croatian mental health workers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(1), 58–62. doi:10.1037/h0080270
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton. & Company.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 150–155. doi:10.1037/0021-843x.109.1.150
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based Mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, 15(6), 422–432. doi:10.4278/0890-1171-15.6.422
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: The Guilford Press.
- Wolpe, J., & Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye-movement desensitization: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(1), 39–43. doi:10.1016/0005-7916(91)90032-z

- Wood, E., & Ricketts, T. (2013). Is EMDR an evidenced-based treatment for depression? A review of the literature. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(4), 225–235. doi:10.1891/1933-3196.7.4.225
- Young, W. (1995). Eye Movement Desensitization/Reprocessing: Its use in resolving the trauma caused by the loss of a war buddy. *American Journal of Psychotherapy*, 49(2), 282–291.
- Zangwill, W., & Kosminsky, P. (2002). The need to strengthen the mindfulness component of EMDR. *EMDRIA Newsletter*, 7(4), 4–5.

Anexos

ANEXO A.

Sistematização do trabalho terapêutico desenvolvido em cada sessão

Tabela 1

Sistematização do processo terapêutico, incluindo conteúdo de cada sessão

Sessão	Conteúdo/Trabalho terapêutico desenvolvido
1ª sessão	Recolha de história de vida; identificação de principais dificuldades; objetivos terapêuticos
2ª sessão	Introdução ao <i>Mindfulness</i> : conceito, respiração <i>mindfulness</i> , <i>body scan</i> (rastreo corporal)
3ª sessão	Protocolo EMDR. Lugar seguro, com integração entre EMDR e <i>Mindfulness</i>
4ª sessão	Protocolo EMDR
5ª sessão	Protocolo EMDR
6ª sessão	Morte da avó da cliente. Reajustamento do trabalho terapêutico
7ª sessão	Medos associados à morte da avó. Comportamentos de caráter obsessivo-compulsivo: EMDR e estratégias cognitivo-comportamentais para redução da ansiedade.
8ª sessão	Evolução positiva a nível dos comportamentos de caráter obsessivo-compulsivo. Novo tema: reaparecimento do ex-namorado após o funeral da avó – confusão emocional, autojulgamentos.
9ª sessão	Comunicação de <i>dropout</i> . Balanço dos ganhos terapêuticos até à data.

ANEXO B.
Resultados do PQ – Questionário Pessoal Simplificado

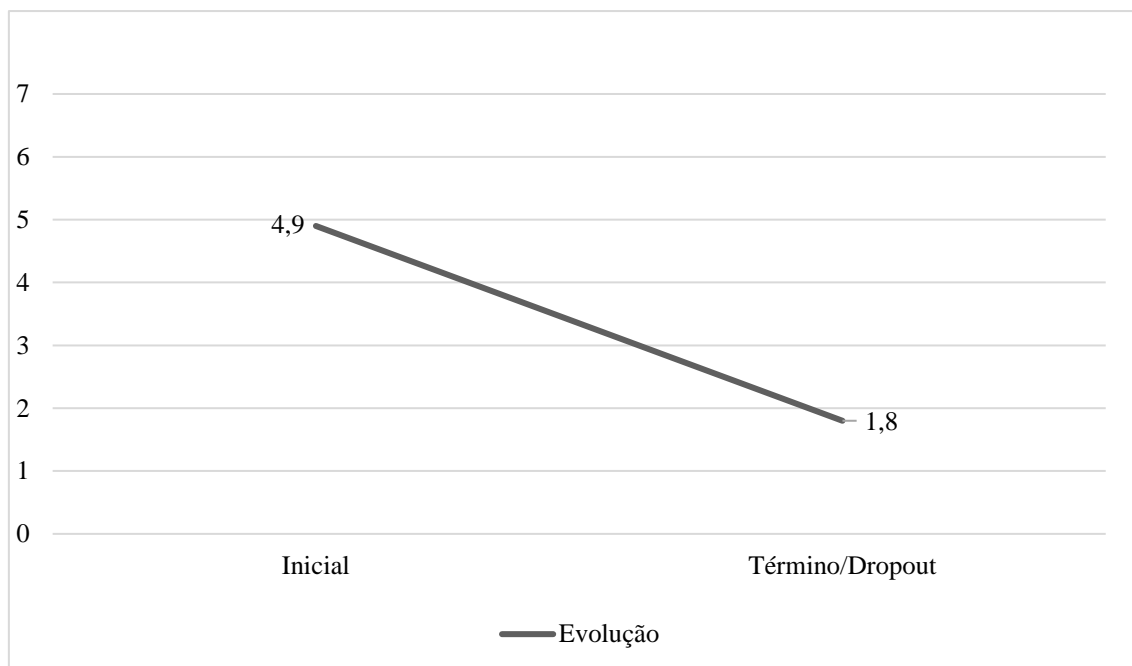
Tabela 2

Resultados comparativos do PQ entre o 1º e 2º momento de avaliação

PQ - Problema/Queixa/Dificuldade	1ª Momento - Avaliação inicial	2ª Momento - Término/Dropout
<i>Sinto-me nervosa e desconfortável de cada vez que o meu irmão e a namorada estão presentes</i>	7 – Mal-Estar Total	3 – Pouco Mal-Estar
<i>Vivo com medo constante de não conseguir lidar mais com a filha do meu namorado</i>	6 – Muito Grande Mal-Estar	2 – Muito Pouco Mal-Estar
<i>Sinto-me desmotivada no que concerne à minha vida amorosa</i>	4 – Mal-Estar Moderado	1 – Nenhum Mal-Estar
<i>Sinto-me facilmente irritada</i>	4 – Mal-Estar Moderado	1 – Nenhum Mal-Estar
<i>Sinto-me facilmente ansiosa</i>	4 – Mal-Estar Moderado	2 – Muito Pouco Mal-Estar
<i>Sinto frequentemente que não tenho valor</i>	4 – Mal-Estar Moderado	2 – Muito Pouco Mal-Estar
<i>Tenho receio de que os outros não gostem de mim</i>	5 – Grande Mal-Estar	2 – Muito Pouco Mal-Estar
<i>Tenho dificuldade em relacionar-me com os outros</i>	5 – Grande Mal-Estar	2 – Muito Pouco Mal-Estar
<i>Ultimamente tenho-me sentido triste com as atitudes dos meus pais</i>	4 – Mal-Estar Moderado	1 – Nenhum Mal-Estar
<i>Tenho medo que a vida passe e eu esteja a desperdiçar o meu tempo e não volte a ser feliz</i>	6 – Muito Grande Mal-Estar	2 – Muito Pouco Mal-Estar
MÉDIA TOTAL	M = 4.9	M = 1.8

Figura 1

Representação gráfica da evolução da média global do PQ



ANEXO C.
Resultados descritivos do BSI

Tabela 3

Score/Pontuação do BSI para cada um dos itens (organizados por dimensões) – 1º momento de avaliação (inicial)

SOMATIZAÇÃO							
Item	2	7	23	29	30	33	37
Valor	1	0	0	1	0	0	0

OBSESSÕES-COMPULSÕES						
Item	5	15	26	27	32	36
Valor	2	0	1	3	0	1

SENSIBILIDADE INTERPESSOAL				
Item	20	21	22	42
Valor	2	1	3	3

DEPRESSÃO						
Item	9	16	17	18	35	50
Valor	0	4	4	2	0	3

ANSIEDADE						
Item	1	12	19	38	45	49
Valor	2	2	2	2	0	0

HOSTILIDADE					
Item	6	13	40	41	46
Valor	3	0	0	1	4

ANSIEDADE FÓBICA					
Item	8	28	31	43	47
Valor	0	0	0	0	2

IDEAÇÃO PARANÓIDE					
Item	4	10	24	48	51
Valor	2	1	3	2	1

PSICOTICISMO					
Item	3	14	34	44	53
Valor	0	2	0	2	0

OUTROS ITENS				
Item	11	25	39	52
Valor	0	0	0	1

Tabela 4

Score/Pontuação do BSI para cada um dos itens (organizados por dimensões) – 2º momento de avaliação (Dropout/término)

SOMATIZAÇÃO							
Item	2	7	23	29	30	33	37
Valor	0	0	1	0	0	2	1

OBSESSÕES-COMPULSÕES						
Item	5	15	26	27	32	36
Valor	0	0	0	1	0	0

SENSIBILIDADE INTERPESSOAL				
Item	20	21	22	42
Valor	0	0	0	1

DEPRESSÃO						
Item	9	16	17	18	35	50
Valor	0	0	1	0	1	0

ANSIEDADE						
Item	1	12	19	38	45	49
Valor	1	0	0	0	0	0

HOSTILIDADE					
Item	6	13	40	41	46
Valor	1	0	0	0	0

ANSIEDADE FÓBICA					
Item	8	28	31	43	47
Valor	0	0	1	0	0

IDEAÇÃO PARANÓIDE					
Item	4	10	24	48	51
Valor	0	0	1	0	1

PSICOTICISMO					
Item	3	14	34	44	53
Valor	0	0	0	0	0

OUTROS ITENS				
Item	11	25	39	52
Valor	0	0	0	1

Tabela 5

Quadro comparativo do somatório (Sum) e Média (M) das Dimensões e Índices do BSI.

	Avaliação inicial (Pré)	Término/Dropout (Pós)
Somatização	Soma = 2; M = 0.3	Soma = 4; M = 0.57
Obsessão-Compulsão	Soma = 7; M = 1.17	Soma = 1; M = 0.16
Sensibilidade	Soma = 9; M = 2.25	Soma = 1; M = 0.25
Depressão	Soma = 13; M = 2.16	Soma = 2; M = 0.33
Ansiedade	Soma = 8; M = 1.33	Soma = 1; M = 0.16
Hostilidade	Soma = 8; M = 1.6	Soma = 1; M = 0.2
Ansiedade Fóbica	Soma = 2; M = 0.4	Soma = 1; M = 0.2
Ideação Paranóide	Soma = 9; M = 1.8	Soma = 2; M = 0.4
Psicoticismo	Soma = 4; M = 0.8	Soma = 0; M = 0
Itens adicionais (alteração de apetite/sono/morte/culpa)	Soma = 1; M = 0.25	Soma = 1; M = 0.25 <i>(manteve-se o sentimento de culpa)</i>
IGS (Índice Geral de Sintomas)	1.19	0.26
TSP (Total de Sintomas Positivos)	22	40
ISP (Índice de Sintomas Positivos)	$63/22 = 2.86$	$14/40 = 0.35$

ANEXO D.

Análise preliminar dos resultados

Tabela 6

Sistematização da Ground Theory Analysis da entrevista final à cliente

CLIENTE					
Questão 1 – Numa fase inicial, o que a fez procurar apoio psicológico?	Unidade de análise		Categorias descritivas	Categorias conceituais	
	C1	Eu já andava há algum tempo a notar que... Sentia alguns bloqueios a nível social, principalmente por me sentir muito desvalorizada.	Bloqueios a nível social notados há já algum tempo. Auto-desvalorização.	Ansiedade social Autoconceito e autoestima empobrecidos.	Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C2	Isto tem tudo a ver com situações passadas que eu tive problemas com o meu irmão, e foi basicamente isso que me levou à procura de ajuda.	Passado problemático com o irmão.	História desenvolvimental problemática: relação com o irmão	Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C3	Portanto, basicamente, eu sentir-me desvalorizada comigo mesma.	Auto-desvalorização.	Autoconceito e autoestima empobrecidos.	Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C4	Notei mais [a desvalorização] agora, este ano.	Desvalorização notada mais neste ano.	Maior consciencialização recente da autoestima reduzida	Auto-consciencialização Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C5	Já andava a sentir esta desvalorização, mas não dava muito valor. Lá está, como me desvalorizava também...	Pouca valorização da desvalorização.	Desvalorização da autoestima reduzida.	Auto-consciencialização Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C6	Mas agora mesmo no estágio comecei a aperceber-me que alguma coisa não estava bem e que eu fazia coisas no dia-a-dia ou evitava fazer coisas no dia-a-dia que não eram muito normais, portanto... Decidi procurar ajuda.	Estágio: alguma coisa não estava bem. Comportamentos irregulares, anormais ou evitativos.	Contexto profissional: mal-estar. Comportamentos ansiosos	Contexto profissional Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C7	Evitar contacto, por exemplo...	Evitamento do contacto.	Estilo de <i>coping</i> evitativo	Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C8	Nem eu, nem alguns funcionários que estão naquela instituição onde eu estou a estagiar se dão bem com o diretor. E por exemplo, eu evitava o contacto com ele. Mas era impossível, porque... Por exemplo, eu almoço todos os dias com ele.	Relação problemática com o diretor da instituição de estágio. Evitamento do contacto com o diretor: impossível devido às circunstâncias.	Dinâmicas relacionais em contexto profissional Estilo de <i>coping</i> evitativo	Contexto profissional Problemáticas e/ou Diagnóstico

	C9	Estas pequeninas coisas fizeram-me aperceber que realmente alguma coisa tinha que mudar.	Perceção da necessidade de mudança.	Motivação para a mudança	Processo psicoterapêutico Auto-consciencialização Motivação para a terapia
	C10	Mas era mais o contacto social.	Contacto social como problemática.	Ansiedade social	Problemática e/ou Diagnóstico
	C11	E: “Já vinha com essa ideia de que eram esses os problemas?” C: Já.	Perceção prévia dos problemas que levaram a cliente a procurar ajuda.	Auto-consciencialização das problemáticas	Processo terapêutico
	C12	E isso foi uma mais valia também, que eu já trazia ferramentas comigo.	Perceção prévia como uma mais-valia.	Auto-consciencialização das problemáticas	Processo terapêutico
	C13	Portanto, o meu irmão tem 36 anos, eu tenho 27. Hm... Desde pequenina que nós tivemos um outro irmão que faleceu, era mais velho. Entretanto, ficámos os dois e desde pequenina que o meu irmão... Vá... O que eu sentia era que ele me humilhava à frente das outras pessoas.	Estrutura familiar: dois irmãos da cliente, um deles faleceu enquanto pequena. Perda do irmão na infância. Início dos comportamentos de humilhação por parte do irmão na infância.	História desenvolvimental: perda de irmão na infância. Dinâmica relacional com o irmão.	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto familiar
	C14	Eu nunca sabia responder-lhe a nada, eu era sempre a burra, eu era sempre isto ou aquilo. E eu fui crescendo sempre assim. E depois isso foi-se notando, por exemplo, na escola, na faculdade também (...) E eu comecei-me a aperceber que realmente não estava a ter, portanto, um comportamento normal. Por exemplo, os professores perguntavam alguma coisa e eu sabia, mas não respondia. Ou respondia porque... Tinha vergonha de responder mal e que os outros me criticassem.	Comportamentos de humilhação por parte do irmão como pautando a história desenvolvimental da cliente. Repercussões no contexto escolar: evitamento, desistência, vergonha.	História desenvolvimental: humilhação e auto-inibição. Estilo de <i>coping</i> evitativo Orientação para a desistência/fuga	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto familiar Contexto escolar
	C15	Portanto, acabou por ser sempre isso. Hm... Sentia-me desvalorizada e humilhada e cresci sempre com esse tipo de pensamento.	História desenvolvimental marcada por uma percepção de desvalorização e humilhação; Processo de interiorização daí resultante.	História desenvolvimental: autoestima baixa, humilhação, inferioridade.	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto familiar Contexto escolar
	C16	Mais tarde, surgiram... Agressões também por parte do meu irmão, tanto por parte do meu irmão com os meus	Agressões por parte do irmão em direção aos pais e à cliente. Evitamento como <i>coping</i> .	História desenvolvimental: agressões do irmão à família	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto familiar

		pais, tanto comigo também. E isso fez com que eu o quisesse evitar.		Estilo de <i>coping</i> evitativo	
	C17	Eu acho que também este estágio não foi nada fácil desde o início. Nada fácil. Hm... Mesmo agora no fim não estava a ser fácil. Já só me falta um mês para terminar. (...) E não foi nada fácil, porque eles não me receberam nada bem na instituição.	Dificuldades percebidas no estágio, tanto no momento inicial como na fase final. Mal acolhida e integrada na instituição. Término do estágio dentro de um mês.	Contexto de estágio: difícil. Término do estágio dentro de um mês.	Contexto profissional Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C18	(...) nem sequer havia condições para estar naquela instituição. Eu acho que o estágio nem sequer devia ter (...) existido. Não deveria ter existido, porque não tive acompanhamento.	Crítica negativa ao estágio profissional: falta de condições e de acompanhamento.	Contexto de estágio: falta de condições e acompanhamento	Contexto profissional Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C19	No início [no contexto de estágio], eu acanhava-me muito, não falava nada (...)	Evitamento, discrição e silêncio como pautando o estágio. Mal-estar.	Contexto de estágio: estilo de <i>coping</i> evitativo.	Contexto profissional Problemáticas e/ou Diagnóstico
Questão 1.2 – Posteriormente, a partir do trabalho psicoterapêutico, que problemática(s) ou necessidades de mudança foram tornando-se preponderantes ou	C20	É assim, começámos a trabalhar sobre esta ansiedade, mas entretanto surgiram também outras situações.	Emergem outras problemáticas com o decorrer do processo.	Surgimento de novas problemáticas no processo	Problemáticas e/ou Diagnóstico Processo terapêutico
	C21	[A] situação do falecimento da minha avó.	Falecimento da avó da cliente.	Novas problemáticas: morte da avó	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto familiar Acontecimentos negativos
	C22	Também foi uma situação complicada e que, esta fase, portanto, esta ansiedade que eu tinha... Estes bloqueios, tivemos que parar um bocadinho de serem trabalhados... Hm... Porque como surgiu esta situação da minha avó...	Morte da avó: complicada Ansiedade/Bloqueios: interrupção do trabalho terapêutico focado neste domínio Morte da avó assume novo foco terapêutico	Morte da avó: redireccionamento do processo terapêutico Ansiedade decorrente deste fator agravante ou de descontinuidade	Problemáticas e/ou Diagnóstico Processo terapêutico Contexto familiar Acontecimentos negativos
	C23	E entretanto também surgiram outras coisas que eu posso também falar. Que foi o facto de o meu namorado ter uma filha pequenina.	Novas problemáticas/temáticas: Namorado tem filha pequena.	Novas problemáticas: dinâmica relacional com o namorado e a filha deste.	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto romântico/de intimidade
	C24	E, portanto, eu sentia-me desconfortável com isso.	Desconforto face a namorado/filha do namorado.	Experiência interna quanto a namorado e sua filha.	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto romântico/de intimidade

	C25	Sentia-me à parte. Lá está, eu sentia-me desvalorizada, eu sentia-me à parte. Portanto, claro: estamos a falar de uma criança pequenina, não é? Tinha que dar muita atenção... Hm... E então, eu sentia-me à parte.	Sentia-se posta de parte. Desvalorização/Alienação. Criança requer muita atenção por parte do namorado da cliente.	Desvalorização/Alienação Necessidades afetivas da cliente	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto romântico/de intimidade
	C26	Às vezes, [problemática da filha do namorado] originava discussões, mas eu própria sabia que eu estava errada, não é? E que existem vários tipos de... Neste caso, de amores, não é? O amor de pai, o amor de marido, o amor... Não é?	Conflito com o namorado devido à filha deste. Menção a uma consciencialização prévia sobre qualidade de papéis e relações.	Conflituosidade com namorado Reflexão sobre papéis e relações	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto romântico/de intimidade Processo psicoterapêutico
Questão 1.3 – Esteve a tomar alguma medicação antes, durante ou após o término do processo? Poderia especificar?	C27	Não tomei nada.	Ausência de medicação.	Medicação	Medicação
	C28	Aliás, tomei uma vez. Já foi há algum tempo. Foi em SOS. Porque, entretanto, também dei mesmo entrada no hospital. Porque tive um ataque de pânico.	Toma de medicação pontual, em SOS. Ataque de pânico, com entrada no hospital.	Medicação Ataque de pânico	Medicação Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C29	Eu acho que foi o Victan. Eu acho que foi. (...) Não, mas eu acho que foi o Victan, eu acho que foi.	Identificação do fármaco – Victan.	Medicação	Medicação
	C30	Depois, nunca mais. Nunca mais. Foi pontual mesmo.	Confirmação de ausência de medicação, à exceção desse episódio pontual.	Medicação	Medicação
Questão 1.4 – Como define o	C31	Acabar, não acabou porque eu tive de interromper.	Perspetiva do término do processo: interrompido, e não terminado.	Processo: interrompido, não terminado	Processo psicoterapêutico

	C32	Portanto, surgiu-me uma situação familiar em que eu falei com [terapeuta], tive mesmo de interromper. Portanto, eu tenciono dar seguimento. Neste momento, ainda não tenho possibilidades. Mas tenciono.	Situação familiar ditou interrupção do processo. Tenciona dar seguimento, mediante possibilidades.	<i>Dropout</i> motivado por situação familiar Motivação para o processo	Processo psicoterapêutico <i>Dropout</i> Contexto familiar Motivação para a terapia
	C33	Eu falei com a [terapeuta], porque eu tive de... Porque isto foi um momento assim um bocadinho inesperado. E portanto, eu tive de falar mesmo com a [terapeuta], até foi por telefone. Porque no dia marcado, não pude vir. Expliquei-lhe que depois, mais conseguisse, que viria novamente a outra sessão. E daríamos (...) continuidade.	Interrupção inesperada do processo. Contacto telefónico com a terapeuta. Expressão à terapeuta da vontade em retomar e dar continuidade ao processo.	<i>Dropout</i> inesperado <i>Feedback</i> dado à terapeuta Motivação para o processo	Processo psicoterapêutico <i>Dropout</i> Motivação para a terapia
Questão 2.1 – Como se descreve?	C34	Se eu tivesse de me descrever como... Só uma palavra, eu dizia que era uma pessoa extremamente ansiosa. E nervosa.	Extremamente ansiosa. Nervosa.	Ansiedade	Características da cliente Auto-conhecimento Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C35	Eu sou uma pessoa ansiosa, sim, sou pessimista, também.	Ansiosa. Pessimista.	Ansiedade Pessimismo	Características da cliente Auto-conhecimento Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C36	Mas depois, também tenho outras coisas. Por exemplo, eu acho que sou uma pessoa muito determinada. E com a terminação, vem a teimosia, não é? Portanto, eu quero que aquilo seja assim e eu acho que isto também não é uma coisa má, porque eu luto, porque... Luto até ao fim para o ter.	Determinada (vs. teimosa) Teimosia perspetivada positivamente – Persistência	Determinação/Teimosia (Rigidez cognitiva?)	Características da cliente Auto-conhecimento Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C37	Não desisto até conseguir o que quero.	Não desiste: persistência.	Persistência	Características da cliente Auto-conhecimento
	C38	Portanto, também acho que sou uma pessoa altruísta.	Altruísta.	Altruísmo	Características da cliente Auto-conhecimento

	C39	Eu acho que isto também já são coisas de ouvir também os outros a falar.	Reflexão sobre auto-descrição vs. Hetero-descrição.	Auto-conhecimento	Auto-conhecimento Tomada de perspetiva
	C40	Sou teimosa e determinada, não é? Sei aquilo que eu quero fazer e eu vou fazer até ter um... Um... Determinado resultado. Se eu vir que isto não estava a dar, eu também falava com a [terapeuta].	Teimosa. Determinada. Assertividade na comunicação de necessidades e resultados.	Teimosia/Determinação Assertividade	Características da cliente Auto-conhecimento
Questão 2.2 – Como a descreveriam as pessoas que melhor a conhecem?	C41	Tímida. (...) Ou introvertida. (...) Pelo menos é isso que eu dou a demonstrar no primeiro contacto que tenho com as pessoas.	Tímida.	Timidez	Hetero-conhecimento Tomada de perspetiva
	C42	Mas quem me conhece bem sabe-me dizer que eu sou uma pessoa muito ansiosa, porque eu tenho aquele nervoso miudinho, pronto, digamos assim.	Muito ansiosa. Nervoso miudinho: ansiedade sempre presente.	Ansiedade	Hetero-conhecimento Tomada de perspetiva Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C43	Quem não me conhece tão bem (...) Eu acho que não se conseguem aperceber tanto desta minha ansiedade.	Diferentes graus de perceção da sua ansiedade por parte dos outros.	Hetero-conhecimento	Hetero-conhecimento Tomada de perspetiva
	C44	Portanto, acho que, lá está, tem tudo a ver com a ansiedade, determinação, falam muito em eu ser introvertida. Hm... Acabam por gozar também um bocadinho com essa minha timidez, que é uma das coisas que eu não gosto nada. (ri-se.) Não gosto nada.	Ansiedade Determinação Introversão Os outros gozam com a sua timidez: não gosta nada.	Ansiedade, Determinação e Introversão Comportamentos dos outros face à sua timidez	Hetero-conhecimento Tomada de perspetiva Contexto interpessoal/de pares Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C45	(...) Por exemplo, pessoas mais chegadas também consideram-me também, portanto, aquela pessoa que sabe dar aquela palavra. Também uma boa ouvinte, pronto, que tem sempre aquela palavra que...	“Pessoa que sabe dar aquela palavra” Boa ouvinte	Valorização dos outros em relação a si	Hetero-conhecimento Tomada de perspetiva

	C46	“Então, estás tão calada! (riem-se) Então? (...) E eu não gosto nada disso. Eu acho que não deixam mesmo a pessoa à vontade e ainda fazem pior.	<i>Enactment</i> de como os outros gozam com a timidez. Efeitos destes comportamentos dos outros não cliente: não deixam a pessoa à vontade; ainda fazem pior; não gosta nada.	Comportamentos dos outros face à sua timidez: desconforto, mal-estar.	Contexto interpessoal/de pares Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C47	Então quando me fazem isso, eu fico logo vermelha. (...) Não ajuda, não. Não ajuda mesmo.	Reação corporal a este comportamento dos outros.	Componente física, em reação aos outros	Contexto interpessoal/de pares Problemáticas e/ou Diagnóstico
Questão 3 – Que mudanças foi notando em si com o decorrer do processo psicoterapêutico?	C48	Contudo, existiram algumas mudanças, que eu fui notando. Principalmente... Aliás, automaticamente, a mudança que eu senti foi o pensamento que eu... Que eu... Que eu tinha relativamente à filha do meu namorado mudou. Completamente.	Mudança destacada: mudança “completa” de pensamento face à filha do namorado.	Mudança: pensamento face à filha do namorado.	Mudanças
	C49	Eu acho que bastou uma sessão para mudar.	Mudança numa só sessão.	Mudança da filha do namorado: uma só sessão.	Mudanças Processo psicoterapêutico
	C50	Agora, a desvalorização também foi mudando.	Mudança na desvalorização.	Mudança ao nível da desvalorização	Mudanças
	C51	Mas a aceitação... Hm... Com o meu irmão, portanto, a relação com o meu irmão... Ainda está assim um bocadinho... (ri-se).	Mudança aparentemente não consolidada na relação com o irmão.	Relação com o irmão: mudança não consolidada	Mudanças
	C52	Só recentemente, e aliás, eu acho que teve a ver com falecimento da minha avó, é que nós nos aproximámos. Portanto, está aqui uma situação um bocadinho amor-ódio (ri-se).	Mudança recente, com a morte da avó: aproximação entre a cliente e o irmão. Caracterização da relação como de “amor-ódio”.	Morte da avó como fator de aproximação entre cliente e irmão. Dinâmica relacional: “amor-ódio”	Contexto familiar Mudanças Acontecimentos negativos

C53	Hoje em dia, eu consigo perceber que confronto mais as pessoas. (...) Eu acho que também este estágio não foi nada fácil desde o início. Nada fácil. Hm... Mesmo agora no fim não estava a ser fácil. Já só me falta um mês para terminar.	Mudança identificada: maior confrontação/menor evitamento. Experiência de estágio tida como “nada fácil” e como a “um mês” de terminar.	Mudança: menor estilo de <i>coping</i> evitativo. Contexto de estágio: difícil e a “um mês” do fim.	Mudanças Contexto profissional
C54	[em contexto de estágio] No início, eu acanhava-me muito, não falava nada, até que cheguei a meio do estágio e disse “não”. Se eu não falar, isto não vai andar para a frente e quem vai sair prejudicada sou eu.	Ponto de viragem psicológico. Consciencialização dos custos dos comportamentos até então.	Mudança: reflexão de custos-benefícios do evitamento	Mudanças Contexto profissional
C55	Ainda há duas semanas atrás, eu dei por mim a falar com o diretor... Portanto, de coisas que eu achava que não estavam bem e que não tinham corrido bem. E achei que isto tinha sido assim uma mudança assim um bocadinho... (ri-se.) Porque eu acho que não era capaz de ter feito isso há uns meses atrás.	Efeitos da mudança: ausência de evitamento para com o diretor. Confrontação acerca de aspetos negativos na sua experiência. Auto-consciencialização da mudança.	Mudança: assertividade e confrontação com o diretor Concetualização de si como incapaz da mudança “meses atrás”	Mudanças Contexto profissional
C56	E: Alguma coisa mudou na forma como está com ele? [Namorado] (...) C: Não, não. Como estou com ele, não. Mas... Mas esta aceitação da filha, sim. Isso mudou completamente. Completamente.	Mudança especificada não ao nível da qualidade da relação com o namorado, mas na aceitação da filha deste. Valorização da mudança: “Completamente”.	Mudança completa na aceitação da filha do namorado	Mudanças Contexto romântico/de intimidade
C57	[Mudança anterior] Era algo que eu não estava á espera que em tão pouco tempo mudasse. Mas mudou imenso. E agora acho-lhe imensa piada, quero estar com ela (ri-se) e no início não.	Mudança inesperada. Efeitos da mudança: quer estar com a filha do namorado; acha-lhe “imensa piada”.	Aceitação da filha do namorado: inesperada Resultados da mudança: proximidade com a filha do namorado	Mudanças Contexto romântico/de intimidade
C58	(...) Agora me conseguia valorizar mais (...)	Mudança: maior auto-valorização.	Mudança: maior autoestima.	Mudanças

C59	Depois, também foi... Mas isto, pronto, acabou por acontecer. Eu esperava que isto acontecesse, portanto, foi a aceitação da morte da minha avó.	Mudança esperada: aceitação da morte da avó.	Aceitação da morte da avó como esperada	Mudanças Contexto familiar Acontecimentos negativos
C60	Mas... Acabou por ser uma aceitação em pouquinho tempo.	Aceitação em pouco tempo.	Morte da avó aceite em pouco tempo.	Mudanças Contexto familiar Tempo
C61	Outra mudança, também, já falámos sobre isto, que foi... Já consegui aceitar um bocadinho (riem-se) aquela relação que eu tenho com o meu irmão. (...) Um bocadinho. Já não o evito tanto.	Mudança: maior aceitação da relação com o irmão. Menor evitamento do irmão.	Mudança: relacionamento melhor com o irmão; menor evitamento.	Mudanças Contexto familiar
C62	Ah, tanto ele, como a minha cunhada. Porque eu também não me dava nada bem com ela, porque ela foi minha gerente (ri-se) e então misturámos ali um bocadinho.	Mudança: melhoria na relação com a cunhada.	Mudança; melhor relação com a cunhada	Mudanças Contexto familiar/interpessoal
C63	E outra coisa que foi... Eu não estava nada à espera que isto aconteça... Foi... E que nós trabalhámos muito isto... Er... Eu desvalorizava-me muito. Portanto... Eu desvalorizava tanto a nível social, e também a nível físico. Portanto, eu não gostava de mim, não gostava do meu corpo (...). Quando alguém de fora me dizia: "Ai! Estás tão magra! Estás tão assim...". Eu, para mim, era estarem-me a espetar uma faca, porque eu não gostava nada. Depois de trabalhar com [terapeuta], foi fantástico, porque chegou a um ponto em que eu senti um alívio completo. E hoje em dia, se me disserem isso, OK, ainda fico se calhar um bocadinho com aquela tensão, mas depois consigo perceber que...	Mudança inesperada: Maior valorização física. <i>Coping</i> mais ajustado às críticas dos outros. Sugestão de melhor autorregulação cognitiva e emocional;	Mudança inesperada: maior autoestima a nível físico, imagem corporal mais positiva ou flexível. Melhor <i>coping</i> às críticas dos outros Melhor autorregulação cognitiva e emocional	Mudanças

	C64	Afinal, também tenho o meu valor e sei aquilo que sou, também.	<p>Maior autovalorização.</p> <p>Reforço da identidade (autoconfiança e autoestima).</p>	<p>Reforço do autoconceito</p> <p>Maior autoestima</p> <p>Maior autoconfiança</p>	Mudanças
	C65	Sou eu que me olho ao espelho todos os dias... (riem-se.) Portanto...	Valorização da experiência interna em detrimento do julgamento externo.	Reforço do autoconceito e identidade	Mudanças
	C66	Os meus pais têm uma postura muito rígida comigo. (...) Mais a minha mãe. (...) Se calhar, nunca fui muito assertiva com ela. Portanto... Assertiva no sentido de dizer aquilo que eu estava a sentir. (...) [Terapeuta] ajudou-me a que eu conseguisse transmitir isso aos meus pais. Eu cheguei a fazer isso e tive um resultado fantástico (ri-se). Portanto... Hm... E eu não me tinha apercebido que realmente, se mudasse esse comportamento, iria ter outros resultados.	<p>Mudança: maior assertividade com os pais, sobretudo com a mãe.</p> <p>Experiência positiva dos efeitos de um investimento na comunicação emocional.</p>	<p>Dinâmica relacional com os pais: agora, maior assertividade, sobretudo com a mãe.</p> <p>Resultados positivos como reforço.</p>	<p>Mudanças</p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Contexto familiar</p>
	C67	[Em exploração das técnicas utilizadas] Eu acho que isso foi muito bom. Porque fez-me aperceber que... Er... Nada é para sempre. Portanto, eu posso estar extremamente triste hoje que... Que esse sentimento se calhar não vai ser o mesmo daqui a uma hora, daqui a duas ou daqui a três.	<p>Maior relativização e distanciamento da experiência.</p> <p>Maior flexibilização psicológica.</p>	<p>Distanciamento (metacognição?)</p> <p>Flexibilidade psicológica</p>	<p>Mudanças</p> <p>Processo psicoterapêutico</p>

	C68	[Em exploração das técnicas utilizadas] Teve a ver com esta situação de... Das críticas que me faziam a nível físico. (...) [Terapeuta] estava a aplicar a técnica e... Chegou a um ponto que eu senti... Er... Um alívio. De tal forma, e uma paz, que eu nunca tinha sentido. E foi aí que deu mesmo aquele <i>click</i> e que eu me apercebi: “OK, isto está. Quando a este aspeto estou tranquila, porque... Acho... Acho que não vou voltar a ter as mesmas sensações que tinha”. Hm... E eu... Nunca tinha sentido isso.	Alívio/Tranquilidade durante o trabalho terapêutico sobre a perceção das críticas ao aspeto físico. Perceção de mudança inesperada.	Mudança inesperada em processo: críticas ao aspeto físico repercecionadas ou desvalorizadas.	Mudanças Processo psicoterapêutico
	C69	Eu fui percebendo... Portanto, foi uma crítica que me fizeram. E que o valor daquela crítica não era tão grande como aquele que eu achava que... Que era. Ou seja, que não era tão importante. Hm... Como a importância que lhe estava a dar.	Reformulação da perceção/valorização da crítica.	Reperceção e desvalorização da crítica	Mudanças Processo psicoterapêutico
	C70	Portanto, acabam por vir as imagens, não é? Ao pensamento. (...) A intensidade com que eu tinha as sensações foram diminuindo automaticamente. (...) Eu lembrava-me exatamente do local onde foi, as pessoas que foram, o que é que me disseram. E a imagem que eu tinha era muito... Era muito escura. E à medida que isto foi acontecendo, a imagem começou a ficar muito, muito clara. Tanto que depois eu já só ouvia o som da água e... Via muita claridade. Portanto, e é essa a imagem que eu tenho hoje. Portanto, eu acho que resultou, mesmo.	Diminuição da intensidade das sensações associadas à imagem mental perturbadora. Reformulação da imagem mental (Reperceção?) Perceção de eficácia da técnica.	Redução da perturbação física e psicológica Integração de novos significados EMDR como eficaz	Mudanças Processo psicoterapêutico EMDR

	C71	Até porque onde eu senti mais resultado foi mesmo aqui, nesta... Esta mudança. [Associada à valorização da crítica] (...) Nas outras fui sentindo também, mas nesta foi mesmo aquele <i>click</i> que...	Valorização da mudança destacada anteriormente. Sugestão de eficácia (ainda que percebida de forma inferior) nas restantes mudanças.	Eficácia do EMDR	Mudanças EMDR
	C72	Quando começámos... Er... A falar mais sobre a... O problema com o meu irmão. Eu não estava a conseguir com que houvesse aquela diminuição do grau... Dos graus. (...) Aí nem conseguimos... Hm... Ir para o grau 0, vá, digamos assim. Ficou ali no... 4... Mais ou menos. (...) Reduziu. Mas depois não consegui reduzir mais.	Redução do grau de perturbação através do EMDR no que toca a problemáticas associadas ao irmão (ainda que expressas como de forma insuficiente).	Redução insuficiente da perturbação associada ao irmão, através de EMDR	EMDR Mudanças
	C73	Posteriormente a isso, e nas últimas sessões, eu acho que foram nas duas últimas, conseguimos aperceber que... Eu... Aliás, eu é que comentei... Hm... Porque eu não dava valor a isso, que eu tenho alguns tiques nervosos. E, portanto, nós abordámos essas minhas sensações. Cheguei a trabalhá-las, mas... Ficou ali... Na corda bamba. Portanto, não conseguimos continuar. E eu acho que estava a ajudar-me bastante.	Valorização/Reconhecimento da necessidade de ajuda face aos tiques nervosos.	Novo alvo terapêutico: tiques nervosos	Processo psicoterapêutico Problemáticas e/ou Diagnóstico Auto-consciencialização
	C74	Nessas duas últimas semanas, eu ainda consegui diminuir um bocadinho essas sensações. Er... Mas depois deixei de cá vir e, portanto, voltou tudo novamente. (...) Não piorou. (...) Mas voltou.	Mudança identificada: diminuição da sensação associada aos tiques nervosos. Mudança regrediu, embora não tenha piorado.	Mudança: diminuição dos tiques nervosos Regressão da mudança com o <i>dropout</i>	Mudanças Problemáticas e/ou Diagnóstico <i>Dropout</i> Processo psicoterapêutico
Questão 3.2 – Houve	C75	Nada.	Não identifica mudanças negativas.	Não há mudanças negativas.	Mudanças

	C76	Não. Não, não, não. Não notei nada.	Confirma a não-identificação de mudanças negativas.	Não há mudanças negativas.	Mudanças
	C77	Eu sempre notei [os tiques nervosos]. Mas eu acho que com o falecimento da minha avó, ficou ainda mais ativo.	Falecimento da avó como fator exacerbador dos tiques.	Morte da avó como fator agravante dos tiques.	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto familiar Acontecimentos negativos
	C78	Já, porque após o falecimento da minha avó... Er... Lá está, houve uma maior ativação e eu não me estava a sentir muito bem.	Maior ativação dos tiques nervosos na sequência da morte da avó.	Morte da avó como fator agravante dos tiques.	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto familiar Acontecimentos negativos
Questão 3.3 – Há alguma coisa que gostaria que o processo psicoterapêutico a tivesse ajudado a mudar, mas não tenha	C79	E não conseguimos trabalhar tudo, tudo, mas...	Sugestão de trabalho terapêutico incompleto.	Processo incompleto	Processo psicoterapêutico
	C80	Nós não conseguimos trabalhar bem esta aceitação da relação com o meu irmão, portanto... Devido, também, a este acontecimento, do falecimento da minha avó.	Relação com o irmão – trabalho terapêutico inconsistente, devido ao foco terapêutico na morte da avó.	Relação com o irmão: progresso não-consolidado Foco terapêutico na morte da avó	Mudanças Processo psicoterapêutico Contexto familiar Acontecimentos negativos
	C81	Porque eu não dava valor a isso, que eu tenho alguns tiques nervosos. E portanto, nós abordámos essas minhas sensações. Cheguei a trabalhá-las, mas... Ficou ali... Na corda bamba. Portanto, não conseguimos continuar. E eu acho que estava a ajudar-me bastante.	Mudança não consolidada, com regressão (mas não deterioramento), devido à interrupção do processo.	<i>Dropout</i> como impedindo a consolidação da diminuição dos tiques.	Mudanças Processo psicoterapêutico <i>Dropout</i> Problemáticas e/ou Diagnóstico Acontecimentos negativos

Questão 3.4 – Com o decorrer do processo terapêutico, deu-se conta de outros aspectos que gostava de mudar, dos quais ainda não se tinha apercebido antes de iniciar a terapia?	C82	Posteriormente a isso, e nas últimas sessões, eu acho que foram nas duas últimas, conseguimos nos aperceber que... Eu... Aliás, eu é que comentei... Hm... Porque eu não dava valor a isso, que eu tenho alguns tiques nervosos. E, portanto, nós abordamos essas minhas sensações. Cheguei a trabalhá-las, mas... Ficou ali... Na corda bamba. Portanto, não conseguimos continuar. E eu acho que estava a ajudar-me bastante.	Reconhecimento/Valorização dos tiques terapêuticos como alvo necessário de intervenção terapêutica.	Tiques nervosos: novo foco de intervenção	Processo psicoterapêutico Problemáticas e/ou Diagnóstico
	C83	Mas eu acho que com o falecimento da minha avó, ficou [tiques] ainda mais ativo. (...) E senti essa necessidade de falar. (...) Porque sinceramente eu nem ia comentar nada. Mas... Mas... Decidi. (...) Porque após o falecimento da minha avó... Er... Lá está, houve uma maior ativação e eu não me estava a sentir muito bem. (...) Sim, como eu não me estava a sentir bem, eu achei que era melhor eu falar.	Necessidade de expor os tiques em contexto terapêutico na sequência da morte da avó. Perturbação/Diminuição do bem estar.	Morte da avó: acontecimento negativo promotor da exposição dos tiques em contexto terapêutico. Agravamento dos tiques: <i>distress</i> psicológico	Processo psicoterapêutico Contexto familiar Problemáticas e/ou Diagnóstico Acontecimentos negativos
	C84	Os meus pais têm uma postura muito rígida comigo. (...) Mais a minha mãe. E... Hm... Como é que eu hei de dizer? Se calhar, nunca fui muito assertiva com ela. Portanto... Assertiva no sentido de dizer aquilo que eu estava a sentir. (...) E eu não me tinha apercebido que, realmente, se mudasse esse comportamento, iria ter outros resultados.	Reconhecimento de uma necessidade de mudança na relação com os pais. Perceção de benefícios a partir da mudança de comportamentos.	Pais com atitude rígida: necessidade de mudança. Resultados positivos e benefícios a partir de maior assertividade com os pais.	Contexto familiar Mudanças

Questão 4 (e suas subalíneas) – Avaliação da expectativa de mudança	<i>Pelo interesse específico de uma avaliação quantitativa da expectativa de mudança, opta-se por não fazer uma análise do conteúdo e discurso da cliente a este respeito, mas sim por apresentar diferenciadamente num quadro (Tabela 7, p.105) as mudanças identificadas pela cliente de forma sintética e a sua avaliação destas.</i>				
<i>Devido à sobreposição de temáticas que integram a estrutura da entrevista e, conseqüentemente, o discurso da entrevistada, opta-se por não criar uma sobreposição adicional de análise de respostas. Nesse sentido, as respostas que dizem respeito a perguntas sobre as atribuições das mudanças e mecanismos pelos quais estas ocorreram (de forma generalizada ou especificada ao nível de técnicas e estratégias) são apresentadas uma só vez, mas assinaladas com o número das questões a que se aplicam num nível superior à linha antes do início da resposta correspondente.</i>					
<i>Questão 5.1 – Em termos gerais, o que pensa ter causado estas mudanças?</i>					
<i>Questão 6.1 – Atribui algumas das mudanças às estratégias e técnicas específicas com as quais tomou contacto ao longo do processo? Se sim, poderia descrever que estratégias ou técnicas psicoterapêuticas mais valorizou ou mais lhe foram significativas no decorrer da terapia?</i>					
<i>Questão 6.3 – Como avalia a eficácia das diferentes estratégias e técnicas mais significativas com as quais tomou contacto durante o processo?</i>					
<i>Questão 6.6 – Tendo em mente exclusivamente o EMDR, foi uma abordagem utilizada? Como descreve o seu contacto com o EMDR? Que efeitos pensa que essa abordagem teve no seu processo de mudança?</i>					
<i>Questão 6.6 – Tendo em mente exclusivamente o Mindfulness, foi uma abordagem utilizada? Como descreve o seu contacto com Mindfulness? Que efeitos pensa que essa abordagem teve no seu processo de mudança?</i>					
	C85	^{5.1} É assim, começámos a trabalhar sobre esta ansiedade, mas, entretanto, surgiram também outras situações.	Sugestão de trabalho terapêutico direto sobre a ansiedade. Interferência de outros fatores/surgimento de novos focos de intervenção.	Intervenção terapêutica sobre a ansiedade. Novos focos de intervenção.	Processo psicoterapêutico
	C86	^{5.1} Aliás, automaticamente, a mudança que eu senti foi o pensamento que eu... Que eu... Que eu tinha relativamente à filha do meu namorado mudou. Completamente. Eu acho que bastou uma sessão.	Mudança específica numa só sessão: pensamento quanto à filha do namorado.	Mudança numa só sessão: pensamento quanto à filha do namorado	Mudanças Processo psicoterapêutico Contexto romântico/de intimidade
	C87	^{5.1} Chegámos a abordar [a questão do estágio profissional], mas não foi muito. (...) Começou um bocadinho por aí, não é? (...) Mas depois foi rapidamente para a família.	Foco terapêutico não esteve no contexto do estágio profissional. Foi um ponto de partida que imediatamente conduziu a intervenção para o contexto familiar.	Contexto profissional: ponto de partida para a intervenção sobre contexto familiar.	Processo psicoterapêutico Contexto profissional Contexto familiar

C88	^{5.1} Era como [terapeuta] dizia, tudo estava interligado... Com esta situação toda do meu irmão. (...) Desde a infância que proporcionou... Hm... Portanto, foi por aí, foi por aí que nós domos. (...) Seguimos mais esse caminho.	Intervenção dirigida à relação com o irmão: sugestão de interligação dos focos de ansiedade com a relação com o irmão pela terapeuta.	Relação terapêutica Trabalho terapêutico: tudo “interligado” História desenvolvimental: valorização da relação com o irmão	Relação terapêutica Processo psicoterapêutico Contexto familiar
C89	^{5.1, 6.1} Eu acho que aqui as sessões com a [terapeuta] fizeram-me perceber, lá está... Que existem vários tipos de relações. E que cada pessoa tem o seu lugar. E não deixa de ser amor, não é? Mas cada pessoa tem o seu lugar. E fez-me ficar mais tranquila relativamente ao que, neste caso, o meu namorado sentia por mim... Hm... Eu acho que a técnica que a [terapeuta] utilizou foi... Foi muito boa.	Trabalho terapêutico sobre a diferenciação de relações e papéis. Tranquilidade resultante dessa resignificação. Implicação de elementos técnicos nesta mudança.	Diferenciação em terapia de relações e papéis Novos significados: tranquilidade Eficácia da componente técnica	Processo psicoterapêutico Mudanças
C90	^{5.1} Eu não estava nada à espera que isto acontecesse... Foi... E que nós trabalhámos muito isto... Er... Eu desvalorizava-me muito (...) Portanto, eu não gostava de mim, não gostava do meu corpo (...) e foi um dos aspetos que nós trabalhámos muito.	Trabalho terapêutico sobre a desvalorização.	Intervenção terapêutica sobre a autoestima e imagem corporal	Problemáticas e/ou Diagnóstico Processo psicoterapêutico
C91	^{5.1} Depois de trabalhar com a [terapeuta], foi fantástico, porque chegou a um ponto em que eu senti um alívio completo.	Alívio decorrente de trabalho terapêutico. Terapia implicada na mudança.	Relação terapêutica. Alívio decorrente da terapia.	Relação terapêutica Processo psicoterapêutico Mudanças
C92	^{5.1} E: Depois, quanto a esta questão sensível da morte da sua avó, em que é que isto... Em que é que a terapia pode ter ajudado? (...) Ajudou a acelerar no bom sentido (...) esta aceitação? C: Sim. Eu... Eu aqui até classifiquei como algo inesperado, porque... Ajudou... Ajudou em pouquinho tempo, sim, sim.	Terapia facilitou a aceitação da morte da avó.	Aceitação célere da morte da avó com a terapia	Contexto familiar Processo psicoterapêutico Mudanças

	C93	<p>^{5.1}E: Depois, pus também uma aceitação ligeiramente maior (riem-se), foi como estava a dizer há bocadinho, da relação com o seu irmão. Associa muito isto à terapia? Acha que foi um produto do que fizeram aqui?</p> <p>C: Acho.</p> <p>E: Sim?</p> <p>C: Acho. Portanto, foi como eu disse, teve a ver também com o falecimento da minha avó. (...) tivemos essa abertura, nós como família. Mas também acho que teve a ver com o trabalho que foi feito aqui.</p>	Mudança na relação com o irmão, como produto do trabalho terapêutico mas também de fatores extraterapia (morte da avó).	<p>Mudança: relação com o irmão, devida a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia - Fatores extra-terapia (morte da avó) 	<p>Mudanças</p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Contexto familiar</p> <p>Acontecimento negativo (?)</p>
	C94	<p>^{5.1}E: (...) E depois está má relação com a cunhada, de que estava a falar há bocadinho... Também... Também conta como mudança...?</p> <p>C: Sim. (...) É porque... Eu já não estou a trabalhar com ela há um ano. Portanto, foi quando comecei (E: Também ajudou, não é?) o meu estágio. E ajudou bastante (riem-se.) Muito mesmo. Mas é assim, nós aqui não abordámos muito essa situação da minha cunhada. Foi mais mesmo do meu irmão.</p>	<p>Mudança na qualidade da relação com a cunhada associada ao fim da relação profissional entre as duas e ao início do estágio.</p> <p>Não foi alvo direto de trabalho terapêutico.</p>	<p>Fim da relação profissional com a cunhada: mudança na qualidade da relação.</p> <p>Dinâmica relacional com a cunhada não foi alvo terapêutico.</p>	<p>Contexto familiar/interpessoal</p> <p>Processo psicoterapêutico</p>
	C95	<p>^{5.1}Porque eu não dava valor a isso, que tenho alguns tiques nervosos. E portanto, nós abordámos essas minhas sensações. Cheguei a trabalhá-las, mas... Ficou ali... Na corda bamba (...). Portanto, não conseguimos continuar. E eu acho que estava-me a ajudar bastante.</p>	<p>Valorização dos tiques nervosos no decorrer do processo.</p> <p>Trabalho terapêutico útil sobre estas sensações: incompleto, todavia.</p>	<p>Trabalho terapêutico sobre os tiques</p> <p>Utilidade da terapia, embora incompleta.</p>	<p>Processo psicoterapêutico</p> <p><i>Dropout</i></p>

	C96	<p>^{5.1, 6.1, 6.6}E senti essa necessidade de falar [dos tiques]. Tanto que a minha questão era se... A técnica que estava a ser aplicada de EMDR se também poderia trabalhar... Essas... Essa parte de... De... Dos tiques nervosos. Mas claro, isto também tinha a ver com a ansiedade, por isso é óbvio que iria trabalhar. E foi por isso que eu decidi falar, porque sinceramente eu nem ia comentar nada. Mas... Mas... Decidi. (...) Sim, aproveitei. (...) E estava a ser... Portanto... Estava-me a ajudar.</p>	<p>Dúvida do âmbito e especificidade de atuação do EMDR.</p> <p>Intervenção sobre os tiques inerente à intervenção sobre a ansiedade.</p> <p>Predisposição adquirida para expor os tiques em contexto terapêutico.</p> <p>Terapia útil neste alvo de intervenção.</p>	<p>Relação da cliente com EMDR: dúvidas (âmbito e especificidade)</p> <p>Intervenção sobre os tiques decorrente do trabalho sobre a ansiedade.</p> <p>Contexto terapêutico: Exposição dos tiques</p> <p>Utilidade da terapia nos tiques</p>	<p>EMDR</p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Problemáticas e/ou Diagnóstico</p>
	C97	<p>^{5.1}Portanto... Nessas duas últimas semanas, eu ainda consegui diminuir um bocadinho essas sensações. Er... Mas depois deixei de cá vir e, portanto, voltou tudo novamente.</p>	<p>Implicação da importância da terapia na redução dos tiques: regressão perante a interrupção do processo.</p>	<p>Importância da terapia nos tiques</p> <p><i>Dropout</i>: regressão nos tiques</p>	<p>Processo psicoterapêutico</p> <p><i>Dropout</i></p>
	C98	<p>^{5.1}A [terapeuta] ajudou-me a que eu conseguisse transmitir isso [o que estava a sentir] aos meus pais. Eu cheguei a fazer isso e tive um resultado fantástico. (ri-se) Portanto... Hm... E eu não me tinha apercebido que realmente, se mudasse esse comportamento, iria ter outros resultados.</p>	<p>Terapeuta como facilitadora de abertura e experiência de outros comportamentos/mudanças.</p> <p>Terapia como facilitando uma consciencialização dos benefícios e efeitos da mudança de comportamentos.</p>	<p>Relação terapêutica positiva: abertura e experimentação de alternativas de ação</p> <p>Custos-benefícios da mudança</p>	<p>Relação terapêutica</p> <p>Mudanças</p> <p>Auto-consciencialização</p>
	C99	<p>^{5.1}A morte da minha avó foi... Foi muito importante para conseguirmos ter a abertura também na família. E... E conseguirmo-nos aproximar (...) mais um bocadinho.</p>	<p>Abertura e aproximação familiar decorrente da morte da avó</p>	<p>Morte da avó como fator desencadeante da mudança: abertura e aproximação familiar.</p>	<p>Contexto familiar</p> <p>Acontecimento negativo (?)</p> <p>Mudança</p>

	C100	5.1, 6.1, 6.3, 6.7 Porque é assim: o que eu trabalhei bastante com a [terapeuta]--- Portanto... Nós juntámos, lá está, o <i>Mindfulness</i> com o EMDR. Er... E foi muito bom, porque nós trabalhámos bastante a respiração. E a nível da minha ansiedade, isso acabou por ajudar imenso. (...) Imenso, imenso, imenso.	Implicação de efeitos positivos de recorrer a ambas as abordagens. Trabalho sobre a respiração: muito útil à intervenção sobre a ansiedade.	Recurso a EMDR e <i>Mindfulness</i> : efeitos positivos Trabalho sobre a respiração: eficaz na intervenção sobre ansiedade	EMDR & <i>Mindfulness</i> <i>Mindfulness</i>
	C101	5.1, 6.1, 6.3, 6.6, 6.7 E como eu aplicava essas técnicas fora... Hm... Eu acho que foi muito útil. Muito útil.	Recurso às técnicas em contexto extraterapia.	Contexto extra-terapia: recurso às técnicas	Contexto extra-terapia
	C102	5.1, 6.1, 6.3, 6.6 Depois... O facto de, nessa técnica, eu poder ter um lugar seguro. (...) Isso foi muito bom. Muito bom. Porque qualquer coisa que eu... Que acontecia, eu ia para o meu lugar seguro. E... Eu acho que isto me ajudou imenso. Porque eu dava por mim às vezes a conduzir, por exemplo... Hm... Sentia que estava mais... Hm... Maior <i>stress</i> ? Pronto, digamos assim. Automaticamente, pensava no meu lugar seguro e ia logo para lá e ficava muito mais (...) calma, portanto... Eu acho que isto foi uma grande ajuda.	Utilidade da técnica do lugar seguro como parte do EMDR. Transversalidade do lugar seguro: aplicação em contexto não-terapêutico com resultados positivos.	Lugar seguro: eficaz e útil Contexto extra-terapia: lugar seguro como ferramenta útil e eficaz.	EMDR Contexto extra-terapia

	C103	<p>5.1, 6.1, 6.3, 6.6 O facto de, por exemplo, nós podermos avaliar os graus... O nível de ansiedade... (...) O nível de ansiedade, não. (...) Sim, a importância que tinha, os vários acontecimentos, de 10 a 1 (...), qual era o grau de importância. Hm... Eu acho que isso foi muito bom. Porque fez-me aperceber que... Er... Nada é para sempre. Portanto, eu posso estar extremamente triste hoje que... Esse sentimento se calhar não vai ser o mesmo daqui a uma hora, daqui a duas ou daqui a três. Portanto... Er... Eu... Eu fiquei fã (riem-se). Eu fiquei fã. Portanto, acho que foi muito bom mesmo.</p>	<p>Avaliação subjetiva do grau de perturbação sentida como útil e facilitando um processo de relativização/distanciamento/reperceção.</p> <p>Contacto positivo com a técnica.</p>	<p>Moldes da abordagem EMDR como potenciado um processo de distanciamento/reperceção</p> <p>Contacto positivo com EMDR.</p>	<p>EMDR</p> <p>Processos psicológicos de mudança</p>
	C104	<p>^{5.1}E: A relação entre vocês as duas ajudou? (...)</p> <p>C: Também. Também. Também porque... Eu acho que, pelo menos falo por mim, houve logo uma empatia. Criou-se logo empatia e acabou por haver muito à vontade para conseguir esclarecer todas as dúvidas, falar sobre tudo o que se estava a acontecer... Portanto... Acho que foi muito, muito (...) bom. Uma mais-valia (...), sim.</p>	<p>Relação terapêutica: empatia; à vontade; comunicação aberta.</p> <p>Relação terapêutica como mais-valia.</p>	<p>Relação terapêutica: empatia, abertura, confiança, mais-valia.</p>	<p>Relação terapêutica</p>

	C105	<p>5.1, 6.1, 6.3, 6.6 Teve a ver com esta situação de... Das críticas que me faziam a nível físico... (...) A [terapeuta] estava a fazer a técnica, estava a aplicar a técnica e... Chegou a um ponto que eu senti... Er... Um alívio. De tal forma, e uma paz, que eu nunca tinha sentido. E foi aí que deu mesmo aquele <i>click</i> e que eu me apercebi: “OK, isto está... Quanto a este aspeto estou tranquila, porque... Acho... Acho que não vou voltar a ter as mesmas sensações que tinha”. Hm... E eu... Nunca tinha sentido isso. (...) Aliás, comentámos as duas ao mesmo tempo. Porque mal eu disse... Er... “Sinto-me super tranquila”, a [terapeuta] sorriu e disse: “É exatamente isso que é esperado”. Portanto, eu acho que as duas nos apercebemos de... E acho que também a minha cara fez com que (riem-se) a [terapeuta] (...) percebesse.</p>	<p>EMDR como intervenção sobre a perceção das críticas a nível físico.</p> <p>Efeitos positivo do EMDR: <i>click</i>, tranquilidade, sentimento de não-regressão, experiência nova.</p> <p>Comunicação entre cliente e terapeuta durante o processamento?</p>	<p>EMDR eficaz no trabalho sobre a perceção de críticas ao aspeto físico</p> <p>Novos significados Perceção de consolidação da mudança Nova experiência</p> <p>Relação terapêutica: comunicação sobre o processo</p>	<p>EMDR Processos psicológicos de mudança Relação terapêutica</p>
	C106	<p>5.1, 6.1, 6.3, 6.6 E: E que estava a processar (...) alguma episódio. Sim? (...) C: De infância. (...) E: Portanto... Ao processar, (...) o que é que se foi apercebendo? (...) C: Eu fui percebendo... Portanto, foi uma crítica que me fizeram. E que o valor daquela crítica não era tão grande como aquele que eu achava que... Que era. Ou seja, que não era tão importante. Hm... Como a importância que eu lhe estava a dar.</p>	<p>Atribuição de novo significado e valor à experiência traumática a partir do EMDR.</p> <p>Processo de relativização/distanciamento/reperceção.</p>	<p>Integração de novos significados através de EMDR.</p> <p>Distanciamento Reperceção Relativização</p>	<p>EMDR Processos psicológicos de mudança</p>

C107	<p>5.1, 6.1, 6.3, 6.6 Portanto, acabam por vir as imagens, não é? Ao pensamento. (...) A intensidade com que eu tinha as sensações foram diminuindo automaticamente. Tanto que uma das coisas que eu dizia à [terapeuta] era que a imagem que eu tinha... Eu lembrava-me exatamente do local onde foi, as pessoas que foram, o que é que me disseram. E a imagem que eu tinha era muito... Era muito escuro. E à medida que isto foi acontecendo, a imagem começou a ficar muito, muito clara. Tanto que depois eu já sou ouvia o som da água e... Via muita claridade. Portanto, é essa a imagem que eu tenho hoje. Portanto, eu acho que resultou mesmo.</p>	<p>Intensidade das sensações associadas à imagem mental diminuiu com o processamento.</p> <p>Transformação estável da imagem mental: de perturbadora e escura, para muito clara.</p> <p>Eficácia do processo na reintegração desta imagem mental.</p>	<p>Processamento EMDR: diminuição da perturbação</p> <p>Transformação da imagem mental: eficaz</p>	<p>EMDR</p> <p>Processos psicológicos de mudança</p>
C108	<p>5.1, 6.1, 6.3, 6.6 Até porque onde eu senti mais resultado foi mesmo aqui, nesta... Esta mudança. (...) Nas outras fui sentindo também, mas nesta foi mesmo aquele <i>click</i> que... (...) E de repente, já não era... (...) Já não era a mesma coisa.</p>	<p>Maior mudança através do EMDR sentida na imagem mental descrita anteriormente.</p> <p>Processo descrito como <i>click</i>, “de repente”.</p>	<p>Mudança da imagem mental através de EMDR: repentina, súbita, surpresa.</p>	<p>EMDR</p> <p>Processos psicológicos de mudança</p>
C109	<p>5.1, 6.1, 6.3, 6.6 E teve piada porque... Foi engraçado porque eu, no início, disse à [terapeuta]. Eu disse assim: “[Terapeuta], isto não vai resultar”. (ri-se.) Eu disse: “Isto não vai resultar”. Mas à medida que foi acontecendo, não é? O processamento foi... Foi fantástico.</p>	<p>Descrença/Incredibilidade face ao processo vs. Surpresa face aos resultados.</p>	<p>Relação da cliente com EMDR: descrença vs. surpresa nos resultados</p>	<p>EMDR</p>
C110	<p>6.1, 6.3, 6.6 E: OK. Então, de certa forma, acha que foi... Que foi eficaz usar o EMDR? C: Acho. E: Que funcionou? C: Funcionou.</p>	<p>Perceção de eficácia do EMDR.</p>	<p>EMDR: Eficaz</p>	<p>EMDR</p>

	C111	6.1, 6.3, 6.6 [A propósito de um episódio de menor eficácia] E: Mas reduziu alguma coisa ou naquele momento simplesmente... Não estava a funcionar? C: (...) Reduziu. Mas depois não consegui reduzir mais.	Redução a partir do EMDR, mas com sugestão de um limite sentido pela cliente no processamento de determinada imagem mental.	EMDR: eficácia limitada num episódio específico.	EMDR
	C112	^{6.7} E: E o <i>Mindfulness</i> ? Reagiu bem...? Não sei se já conhecia (C: Já, já.) e se... C: Já, e também aplico, portanto... (...) E: E já conhecia antes de iniciar o processo? C: Já. Já conhecia.	Recurso ao <i>Mindfulness</i> em contexto terapêutico: contacto prévio com a ferramenta a partir do seu âmbito profissional.	Contacto prévio com <i>Mindfulness</i> antes da terapia. <i>Mindfulness</i> em contexto terapêutico.	<i>Mindfulness</i>
	C113	6.1, 6.6, 6.7 O que nós trabalhámos foi mais a respiração. Pronto. Foi mais isso. Depois passámos muito para a técnica do EMDR.	<i>Mindfulness</i> a partir da respiração. Maior destaque para EMDR.	Respiração <i>Mindfulness</i> . Maior recurso a EMDR.	<i>Mindfulness</i> EMDR
	C114	5.1, 6.1, 6.3, 6.7 Também já era uma técnica que eu já conhecia (...), que já tinha feito. Mesmo assim, foi muito útil. Er... Como eu estava a dizer, nas últimas duas semanas, relativamente... Er... Quando a minha avó faleceu e depois relativamente àqueles tiques que eu tinha. Ou que tenho. Pronto. Er... também me ajudou bastante.	Contacto prévio com <i>Mindfulness</i> . Utilidade terapêutica destacada nas duas últimas semanas, como <i>coping</i> face à morte da avó e aos tiques. Sugestão de permanência dos tiques.	Contacto prévio com <i>Mindfulness</i> . <i>Mindfulness</i> : <i>coping</i> útil face à morte da avó e face aos tiques.	<i>Mindfulness</i>

C115	5.1, 6.1, 6.3, 6.7 [Porque ajudou bastante o <i>Mindfulness</i> ?] Porque quando eu tinha vontade de... De os fazer, não é? Lembrava-me sempre da [terapeuta] a dizer assim: “Vai-te custar, mas... Tenta relaxar, tenta-te focar a tua atenção na tua respiração...”. E custava-me muito, inicialmente. Mas a verdade é que, depois, aquele pensamento de... Eu tenho de fazer aquilo, eu tenho de fazer aquilo, acabava por passar. Portanto, foi útil nesse sentido.	<i>Mindfulness</i> como <i>coping</i> eficaz face à ativação e <i>distress</i> psicológico. Permitiu intervenção sobre comportamentos com algum caráter obsessivo-compulsivo. <i>Mindfulness</i> sentido como difícil numa fase inicial, mas como eficaz num momento posterior: “acabava por passar”.	<i>Mindfulness</i> : ferramenta eficaz face ao <i>distress</i> psicológico e aos comportamentos de caráter obsessivo-compulsivo. Fator tempo no <i>Mindfulness</i> : difícil inicialmente, eficaz posteriormente.	<i>Mindfulness</i> Processos psicológicos de mudança Tempo
C116	^{6.7} Porque, lá está, uma coisa é nós sabermos, outra coisa é passarmos por ela, não é?	Diferenciação entre conhecimento teórico vs. Experiência	Teoria vs. Experiência (<i>Mindfulness</i>)	<i>Mindfulness</i>
C117	5.1, 6.1, 6.3, 6.7 Não sei se foi na última ou na penúltima sessão. E eu comecei a sentir... Portanto... Hm... Sentia um peso nalgumas partes do meu corpo. Er... E focámos muito... Er... Focámos muito na minha respiração. E eu acho que se não fosse isso, continuava a sentir aquele peso que eu tinha no peito, nos braços. Portanto, eu acho que a respiração foi muito útil. Portanto, o <i>Mindfulness</i> , neste caso.	Foco na respiração (<i>Mindfulness</i>) como <i>coping</i> útil face à ativação desencadeada pela intervenção baseada em EMDR.	<i>Mindfulness</i> útil face à ativação desencadeada pelo EMDR.	EMDR & <i>Mindfulness</i>
C118	5.1, 6.1, 6.6 E: Isso quer dizer que no EMDR trabalharam também o que se estava a passar no corpo, muito? C: Sim, muito. Trabalhámos muito (E: Sim?) isso. Sim.	EMDR como intervenção sobre a componente somática ou sensações físicas.	EMDR: trabalho sobre a componente somática.	EMDR

	C119	<p>5.1, 6.1, 6.3, 6.6, 6.7 Basicamente falava do problema ou o que é que... Qual era a ideia que me estava a vir à mente. Não é? O que é que eu estava a pensar. A [terapeuta] perguntava-me sempre se eu sentia algo desconfortável no meu corpo. E eu dizia que sim ou que não, consoante sentia isso ou não. Hm... E entretanto, se sentisse... Hm... Ou fazia novamente o processamento. (...) Ou então, focávamo-nos na respiração. Quando víamos que através do processamento não íamos lá, focávamos mesmo na respiração. Na respiração ou... Ou através, por exemplo, de imagens... O lugar seguro (E: Sim.) por exemplo... Hm... Lá está, tentava focar no aqui e no agora, sim.</p> <p>E: OK. E ajudava isso ou...?</p> <p>C: Ajudou.</p> <p>(...)</p> <p>E: Ajudou? De qualquer das formas, ajudava?</p> <p>C: Ajudava, sim, sim.</p>	<p>Descrição sintética do processamento do EMDR. <i>Mindfulness</i> como potenciando o foco na respiração ou o lugar seguro.</p> <p><i>Mindfulness</i> como resposta à ativação desencadeada pelo EMDR.</p> <p>Foco no aqui-e-agora.</p> <p>Eficácia/utilidade do recurso variável entre estimulação bilateral, <i>Mindfulness</i>, foco na respiração e técnica do lugar seguro.</p>	<p>Processamento EMDR: protocolo sob a perspetiva da cliente.</p> <p><i>Mindfulness</i>: potencia foco na respiração, no “aqui e agora” ou no lugar seguro.</p> <p><i>Mindfulness</i> como <i>coping</i> face à ativação desencadeada pelo EMDR.</p> <p>Eficácia e utilidade do recurso variável ao processamento, ao <i>Mindfulness</i>, ao foco na respiração e à técnica do lugar seguro.</p>	<p>EMDR <i>Mindfulness</i> EMDR & <i>Mindfulness</i> Processos psicológicos de mudança</p>
	C120	<p>5.1 Eu acho... Que... O facto de eu também estar inserida na área... (...) Eu acho que ajudou porque... E eu acho, porque acabava por ter à vontade com a [terapeuta] e eu acho que a [terapeuta] acabava por ter à vontade comigo para falarmos de certas... De certas sensações e de certos acontecimentos. (...) Se eu não fosse da área, se calhar, não tinha a noção de certas coisas que aconteceram.</p>	<p>Formação e experiência profissional como facilitadores de mudança e compreensão do processo, mas também como pontos de aproximação na relação terapêutica.</p>	<p>Formação e experiência profissional: fatores facilitadores de mudança e de aproximação da relação terapêutica.</p>	<p>Características da cliente Relação terapêutica</p>

	C121	^{5.1} É assim, a nível do <i>setting</i> terapêutico (...) Acho que, essencialmente, um ambiente tranquilo. (...) Portanto, aqui senti-me mesmo muito muito tranquila e consegui interiorizar tudo. Estava mesmo muito tranquila, muito calma.	Importância do <i>setting</i> terapêutico para gerar um clima de tranquilidade e abertura à interiorização.	<i>Setting</i> terapêutico: tranquilo. Abertura à interiorização.	Processo psicoterapêutico <i>Setting</i> terapêutico
	C122	^{5.1} (...) eu acho que não podia ter tido terapeuta melhor. (...) Uma terapeuta super tranquila. Que me mostrava confiança (...) Eu acho que o cliente quando vem, já tem aquela ansiedade de querer mudar. (...) E neste caso, eu acho que o terapeuta deve realmente mostrar tranquilidade. E... Que isto é um processo. Não é? E que tem o seu tempo. E nesse aspeto, por exemplo, a [terapeuta] foi... Fantástico. Porque conseguiu dar-me aquele tempo e eu acho que isto é muito importante na... Nesta prática.	Valorização da terapeuta. Terapeuta como facilitadora do processo de mudança pelas suas características. Terapia como processo: importância do tempo.	Papel da terapeuta: facilitadora do processo de mudança pelas suas características. Terapia como processo: importância do tempo. Relação terapêutica positiva	Terapeuta Processo psicoterapêutico Tempo Relação terapêutica
	C123	^{5.1} A relação empática também foi muito importante, não é? (...) Porque também se fosse... Se não houvesse esta empatia, eu acho que também metade das coisas eu não teria... (E: Não funcionava...) Exatamente.	Importância da empatia na relação terapêutica.	Relação terapêutica: empatia	Relação terapêutica
	C124	^{5.1} Ainda bem que foi ao contrário, isso sempre que aconteceu. (...) Lá está, o meu pessimismo... Eu sempre vim com a ideia: isto não vai funcionar. Mas não (...), no fim resultou, sim.	Pessimismo vs. Surpresa no contexto terapêutico como dinâmica de mudança.	Dinâmica de mudança: surpresa como contraste ao pessimismo	Processos psicológicos de mudança Processo psicoterapêutico

	C125	5.1, 6.1, 6.6 Mas eu acho também que o facto de a [terapeuta] me explicar exatamente como é que era todo o processamento... Eu acho que foi... Muito bom para conseguir ter aquela tranquilidade e não ter aquela ansiedade de... Ai, isto tem que mudar agora, isto não está a mudar.	Terapeuta como figura cuidadosa, de apoio, que transmite tranquilidade e atenua a ansiedade de mudança.	Papel da terapeuta: figura cuidadosa e de apoio. (Ansiedade de mudança) Relação terapêutica: confiança.	Terapeuta Relação terapêutica
	C126	5.1, 6.3 É assim... Eu acho que ela [a terapia] funcionou bem.	Sugestão de eficácia da terapia.	Terapia: Eficaz	Processo psicoterapêutico
	C127	6.1, 6.6 No início, foi [confuso perceber o que era o EMDR]. Não estava a entender... O que é que era pretendido e como é que se iria fazer (...) Até estava um bocadinho nervosa. (...) Porque eu realmente, eu não conhecia. Hm... Mas depois com o passar do tempo, sim. (...) Gostei bastante e identifiquei-me.	Confusão/Desconhecimento face ao processo de EMDR. Nervosismo face à experiência nova de EMDR. Fator tempo como importante. Identificação com o formato da intervenção.	Relação da cliente com EMDR: - Confusão - Desconhecimento - Nervosismo - Identificação com o modelo Importância do fator Tempo no EMDR	EMDR Tempo

<p>Questão 6.2 – Recordação de um episódio específico particularmente significativo para a cliente e que tenha permitido progressos.</p>	<p>C128</p> <p>Recordo-me. Teve a ver com esta situação de... Das críticas que me fazia a nível físico. (...) A [terapeuta] estava a fazer a técnica, estava a aplicar a técnica e... Chegou a um ponto que eu senti... Er... Um alívio. De tal forma, e uma paz, que eu nunca tinha sentido. E foi aí que deu mesmo aquele <i>click</i> e que eu me apercebi: “OK, isto está. Quanto a este aspeto estou tranquila, porque... Acho... Acho que não vou voltar a ter as mesmas sensações que tinha”. Hm... E eu... Nunca tinha sentido isso. (...)</p> <p>Comentei [isso com a terapeuta]... Aliás, comentámos as duas ao mesmo tempo. Porque mal eu disse... Er... “Sinto-me super tranquila”, a [terapeuta] sorriu e disse: “É exatamente isso que é esperado”. Portanto, eu acho que as duas nos apercebemos de... E acho que também a minha cara fez com que (riem-se) a [terapeuta] (...) percebesse. (...) Eu fui percebendo... Portanto, foi uma crítica que me fizeram. E que o valor daquela crítica não era tão grande como aquele que eu achava que... Que era. Ou seja, que não era tão importante. Hm... Como a importância que eu lhe estava a dar. (...)</p> <p>Portanto, acabam por vir as imagens, não é? Ao pensamento. (...) A intensidade com que eu tinha as sensações foram diminuindo automaticamente. Tanto que uma das coisas que eu dizia à [terapeuta] era</p>	<p>Intervenção sobre a perceção/memória das críticas ao aspeto físico.</p> <p>Efeitos positivos e inesperados: alívio, <i>click</i>, tranquilidade.</p> <p>Sentimento de uma consolidação de mudança.</p> <p>Comunicação entre terapeuta e cliente ao longo do processo.</p> <p>Desvalorização da crítica. Reposicionamento ou atribuição de novo significado. Distanciamento/Reperceção.</p> <p>Transformação/Modificação da imagem mental.</p> <p>Valorização da rapidez e eficácia do processo, em particular nesta mudança específica.</p> <p>Sugestão de menor eficácia noutras mudanças que não esta.</p> <p>Expetativas vs. resultados: surpresa; processamento “fantástico”.</p>	<p>Intervenção terapêutica sobre imagem corporal e críticas ao aspeto físico.</p> <p>Mudança: alívio, tranquilidade. Desvalorização da crítica, integração de novos significados, distanciamento, reperceção.</p> <p>Mudança: “click”, perceção de consolidação.</p> <p>Relação terapêutica: comunicação ao longo do processo.</p> <p>Eficácia e rapidez da mudança</p> <p>Menor eficácia noutras mudanças</p> <p>Expetativas vs. resultados: surpresa</p>	<p>EMDR Processo psicoterapêutico Processos psicológicos de mudança Relação terapêutica</p>
--	---	--	--	---

		<p>que a imagem que eu tinha... Eu lembrava-me exatamente do local onde foi, as pessoas que foram, o que é que me disseram. E a imagem que eu tinha era muito... Era muito escura. E à medida que isto foi acontecendo, a imagem começou a ficar muito, muito clara. Tanto que depois eu já só ouvia o som da água e... Via muita claridade. Portanto, é essa imagem que eu tenho hoje. Portanto, eu acho que resultou mesmo.</p> <p>(...) Até porque onde eu senti mais resultado foi mesmo aqui, nesta... Esta mudança. (...) Nas outras fui sentindo também, mas nesta foi mesmo aquele <i>click</i> que... (...) E de repente, já não era... (...) Já não era a mesma coisa.</p> <p>E teve piada porque... Foi engraçado porque eu, no início, disse à [terapeuta]. Eu disse assim: “[Terapeuta], isto não vai resultar” (ri-se). Eu disse: “Isto não vai resultar”. Mas à medida que foi acontecendo, não é? O processamento foi... Foi fantástico.</p>			
--	--	--	--	--	--

Questão 6.5 – Reagiu mal a alguma das técnicas ou estratégias utilizadas?	C129	Não funcionou sempre. (...) Quando começámos... Er... A falar mais sobre a... O problema com o meu irmão. Eu não estava a conseguir com que houvesse aquela diminuição do grau... Dos graus. (...) Aí nem conseguimos... Hm... Ir para o grau 0, vá, digamos assim. Ficou ali no... 4. Mais ou menos. (...) E eu dizia: “Ó [terapeuta], mas eu não estou a conseguir. Não estou a conseguir”. E fiquei a... E ficámos assim. Pronto. Não... Aí senti-me um bocadinho desconfortável.	Desconforto perante falta de eficácia/incapacidade/indisponibilidade para diminuição do grau de perturbação da imagem mental no EMDR.	Expetativa associada à mudança pelo EMDR: desconforto perante a não-diminuição do grau de perturbação (Menor eficácia?)	EMDR Acontecimentos negativos
Questão 6.8 – Se utilizadas ambas as abordagens, pensa que o produto do recurso conjunto ao EMDR e <i>Mindfulness</i> produziu	C130	Porque é assim: o que eu trabalhei bastante com a [terapeuta]--- Portanto... Nós juntámos, lá está, o <i>Mindfulness</i> com o EMDR. Er... E foi muito bom, porque nós trabalhámos bastante a respiração. E a nível da minha ansiedade, isso acabou por ajudar imenso. (...) Imenso, imenso, imenso.	Implicação de efeitos positivos de recorrer a ambas as abordagens. Trabalho sobre a respiração: muito útil à intervenção sobre a ansiedade.	Recurso a <i>Mindfulness</i> e EMDR: efeitos positivos. Trabalho sobre a respiração: muito útil face à ansiedade.	EMDR & <i>Mindfulness</i> <i>Mindfulness</i>
	C131	E como eu aplicava essas técnicas fora... Hm... Eu acho que foi muito útil. Muito útil.	Recurso às técnicas em contexto extraterapia.	Contexto extra-terapia: recurso às técnicas	Contexto extra-terapia
	C132	O que nós trabalhámos foi mais a respiração. Pronto. Foi mais isso. Depois passámos muito para a técnica do EMDR.	<i>Mindfulness</i> a partir da respiração. Maior destaque para EMDR.	Trabalho de respiração <i>Mindfulness</i> . Maior recurso a EMDR.	<i>Mindfulness</i> EMDR

C133	<p>Não sei se foi na última ou na penúltima sessão. E eu comecei a sentir... Portanto... Hm... Sentia um peso nalgumas partes do meu corpo. Er... E focámos muio... Er... Focámos muito na minha respiração. E eu acho que se não fosse isso, continuava a sentir aquele peso que eu tinha no peito, nos braços. Portanto, eu acho que a respiração foi muito útil. Portanto, o <i>Mindfulness</i>, neste caso.</p>	<p>Foco na respiração (<i>Mindfulness</i>) como <i>coping</i> útil face à ativação desencadeada pela intervenção baseada em EMDR.</p>	<p>Respiração <i>Mindfulness</i> como <i>coping</i> útil face à ativação desencadeada pelo EMDR.</p>	<p>EMDR & <i>Mindfulness</i></p>
C134	<p>Basicamente falava do problema ou o que é que... Qual era a ideia que me estava a vir à mente. Não é? O que é que eu estava a pensar. A [terapeuta] perguntava-me sempre se eu sentia algo desconfortável no meu corpo. E eu dizia que sim ou que não, consoante sentia isso ou não. Hm... E entretanto, se sentisse... Hm... Ou fazia novamente o processamento. (...) Ou então, focávamo-nos na respiração. Quando víamos que através do processamento não íamos lá, focávamos mesmo na respiração. Na respiração ou... Ou através, por exemplo, de imagens... O lugar seguro (E: Sim.) por exemplo... Hm... Lá está, tentava focar no aqui e no agora, sim. E: OK. E ajudava isso ou...? C: Ajudou. (...) E: Ajudou? De qualquer das formas, ajudava? C: Ajudava, sim, sim.</p>	<p>Descrição sintética do processamento do EMDR. <i>Mindfulness</i> como potenciando o foco na respiração ou o lugar seguro.</p> <p><i>Mindfulness</i> como resposta à ativação desencadeada pelo EMDR.</p> <p>Foco no aqui-e-agora.</p> <p>Eficácia/utilidade do recurso variável entre estimulação bilateral, <i>Mindfulness</i>, foco na respiração e técnica do lugar seguro.</p>	<p>Experiência com EMDR: descrição da cliente.</p> <p><i>Mindfulness</i> como potenciando o foco na respiração, o foco no aqui-e-agora ou o lugar seguro.</p> <p>Eficácia e utilidade do recurso variável entre processamento EMDR, <i>Mindfulness</i>, foco na respiração ou a técnica do lugar seguro.</p>	<p>EMDR <i>Mindfulness</i> Processo psicoterapêutico EMDR & <i>Mindfulness</i></p>

Questão 6.9 – Que influência pensa que o EMDR, <i>Mindfulness</i> ou o seu efeito conjunto tiveram na qualidade da relação terapêutica?	C135	A [terapeuta] estava a fazer a técnica, a aplicar a técnica e... Chegou a um ponto que eu senti... Er... Um alívio. De tal forma, e uma paz, que eu nunca tinha sentido. (...) Comentei. Aliás, comentámos as duas ao mesmo tempo. Porque mal eu disse... Er... “Sinto-me super tranquila”, a [terapeuta] sorriu e disse: “É exatamente isso que é esperado”. Portanto, eu acho que as duas nos apercebemos de... E acho que também a minha cara fez com que (riem-se) a [terapeuta] (...) percebesse.	Dinâmica relacional durante EMDR: comunicação emocional, confiança, segurança?	Relação terapêutica durante o processo: comunicação emocional, confiança e segurança.	Relação terapêutica EMDR
	C136	O facto de eu também estar inserida na área... (...) Eu acho que ajudou porque... E eu acho, porque acabava por ter à vontade com a [terapeuta] e eu acho que a [terapeuta] acabava por ter à vontade comigo para falarmos de certas... De certas sensações e certos acontecimentos. (...) Se eu não fosse da área, se calhar não tinha noção de certas coisas que aconteceram.	Proximidade de áreas de formação: maior à-vontade para comunicar sensações, acontecimentos e compreender melhor o processo. Relação terapêutica: confiança; exposição.	Formação académica e profissional como fator mediador do impacto do modelo de intervenção sobre a relação terapêutica: compreensão mais alargada. Relação terapêutica: confiança, exposição.	Características da cliente Relação terapêutica Processo psicoterapêutico
	C137	(...) como eu nunca tive contacto com outra pessoa que... Aplicasse esta técnica (...) não sei como é que seria... O desempenho, neste caso.	Contacto com EMDR: primeiro contacto, não há ponto de comparação.	Primeiro contacto com um terapeuta EMDR: ausência de um ponto de comparação.	EMDR
	C138	A mim não atrapalhou nada. Portanto, conseguimos conversar. Acho que conseguimos manter uma boa relação entre terapeuta e cliente. Hm... Uma relação de confiança, também. Portanto, a mim não me atrapalhou nada. Agora, claro, isso, se calhar eu sendo da área... E se calhar, focando uma determinada terapia que se calhar também não estava muito vontade, se calhar aí já ia...	Perceção de influência reduzida sobre a relação. Relação descrita como “boa”, de confiança, independentemente das estratégias. Formação académica e profissional como mediadora desta influência.	Modelo de intervenção baseado em <i>Mindfulness</i> e EMDR com influência reduzida sobre boa relação terapêutica. Formação académica e profissional como mediadora desta influência.	EMDR & <i>Mindfulness</i> Relação terapêutica Características da cliente

Questão 6.10 – Que requisitos específicos pensa que deverá ter o terapeuta ou a terapia para que estas abordagens sejam eficientes?	C139	É assim, a nível do <i>setting</i> terapêutico, portanto, acho que... Acho que, essencialmente, um ambiente tranquilo. (...) Neste momento, onde eu estou a trabalhar é super confuso (...), não consigo ter este tipo de abordagem.		<i>Setting</i> terapêutico: tranquilo.	<i>Setting</i> terapêutico
	C140	Portanto, lá está, tem a luz... Luz amena. Portanto, não se ouvem muitos ruídos, estamos muito tranquilas.		<i>Setting</i> terapêutico: luz amena, ausência de ruído, espaço tranquilo.	<i>Setting</i> terapêutico
	C141	A nível do terapeuta... (...) eu acho que não poderia ter tido terapeuta melhor. (...) Porque... Lá está, foi uma pessoa... Uma terapeuta que... Uma terapeuta super tranquila. Que me mostrava confiança (...). Eu acho que o cliente quando vem, já tem aquela ansiedade de querer mudar. (...) E neste caso, eu acho que o terapeuta deve realmente mostrar tranquilidade. E... Que isto é um processo. Não é? E que tem o seu tempo. E nesse aspeto, por exemplo, a [terapeuta] foi... Fantástica. Porque conseguiu dar-me aquele tempo e eu acho que isto é muito importante na... Nesta prática.		Relação terapêutica positiva e de confiança Características da terapeuta: tranquila, atenuadora da ansiedade mudança. Terapia como um processo: fator tempo. Terapeuta como percebendo a importância do tempo individual.	Relação terapêutica Terapeuta Processo psicoterapêutico Tempo
	C142	A relação empática também foi muito importante, não é? (...) Porque também se fosse... Se não houvesse esta empatia, eu acho que metade das coisas eu não teria...(E: Não funcionava...) Exatamente.		Relação terapêutica: empatia como necessária à mudança.	Relação terapêutica Processo psicoterapêutico

Questão 7.1 – Episódio representativo de um obstáculo ou impedimento do progresso em terapia? ” Em sobreposição com a questão 7.2 – Aspectos que não estivesse a funcionar, fossem negativos ou decepcionantes	C143	Não funcionou sempre. (...) Quando começamos... Er... A falar mais sobre a... O problema com o meu irmão. Eu não estava a conseguir com que houvesse aquela diminuição do grau... Dos graus. (...) Aí nem conseguimos... Hm. Ir para o grau 0, vá, digamos assim. Ficou ali no... 4... Mais ou menos. (...) E eu dizia: “Ó [terapeuta], mas eu não estou a conseguir. Não estou a conseguir”. E fiquei a... E ficámos assim. Pronto... Não. Aí senti-me um bocadinho desconfortável. (...) Reduziu. Mas depois não consegui reduzir mais. (...) Segundo a [terapeuta], já foi bom, mas... Ainda não tínhamos chegado lá.	Trabalho terapêutico sobre o problema com o irmão difícil através do EMDR. Falta de eficácia/Indisponibilidade/Incapacidade para maior redução do grau de perturbação. Desconforto perante o incumprimento de alvos de mudança. Atitude de apoio e desafio por parte da terapeuta.	Trabalho terapêutico com EMDR: difícil tendo como alvo de processamento um episódio com irmão. Eficácia menor neste episódio. Expetativa de mudança: desconforto perante a mudança insuficiente. Relação terapêutica e papel da terapeuta: atitude de apoio e desafio.	EMDR Relação terapêutica
Questão 7.2 – Aspectos que não estivessem	C144	Não. Acho que não. (...) Eu acho que correu tudo muito bem.	Perceção global do processo como muito positiva e consistente.	Processo: positivo e consistente.	Processo psicoterapêutico
Questão 7.3 – Houve aspectos na terapia que foram particularmente dolorosos para si, mas que a tivessem ajudado ou	C145	Foi um bocadinho doloroso... Hm... Voltar atrás. Voltar tanto... Tanto tempo, atrás, não é? E relembrar situações que eu achava que já tinham sido esquecidos. Que nunca são.	Regressar ao passado como experiência dolorosa. Consciencialização sobre a memória.	Experiência dolorosa: regresso ao passado, consciencialização da informação gravada na memória	Acontecimentos negativos Processo psicoterapêutico
	C146	Mas eu acho que isso também fez com que... Eu conseguisse...Hm... Mudar certas coisas na minha vida, portanto... E vê-se as mudanças que foram acontecendo. Foi doloroso no início falar sobre elas, voltar a reviver... Reviver, neste caso. Hm... Mas acho que também ajudou na mudança.	Experiência dolorosa de reviver experiência como parte importante da mudança.	Experiência dolorosa: parte importante na mudança	Acontecimentos negativos Processo psicoterapêutico

Questão 7.4 – Na sua perspetiva,	C147	Eu acho que ela [terapia] funcionou bem. (...) Não posso indicar algo que... Que realmente não aconteceu, não é? Eu acho que funcionou bem.	Perceção global da terapia como eficaz.	Terapia: eficaz.	Processo psicoterapêutico
Questão 8.1 – Como descreveria, de uma forma geral, a sua terapeuta?	C148	A nível do terapeuta, eu... Eu... Lá está, eu acho que não poderia ter tido terapeuta melhor (...) Porque... Lá está, foi uma pessoa... Uma terapeuta que... Uma terapeuta super tranquila. Que me mostrava confiança e não mostrava – eu acho que isso é muito importante – não mostrar... Er... Er... Como é que eu hei de dizer? Porque é assim... Eu acho que o cliente quando vem, já tem aquela ansiedade de querer mudar. (...) E neste caso, eu acho que o terapeuta deve realmente mostrar tranquilidade. E... Que isto é um processo. Não é? E que tem o seu tempo. E nesse aspeto, por exemplo, a [terapeuta] foi... Fantástica.	Terapeuta como figura tranquila e atenuadora da ansiedade de mudança; sensível ao processo como necessitando de tempo.	Características da terapeuta: tranquila e atenuadora da ansiedade de mudança. Sensível às necessidades de tempo no processo.	Terapeuta Tempo Processo psicoterapêutico
	C149	É uma... Terapeuta extremamente simpática. Muito preocupada e atenciosa. (...) Lá está, ela está sempre pronta a ajudar. Sempre que acontecia qualquer coisa, ela dizia-me mesmo para lhe ligar... Hm... Acabava por ser uma amiga não sendo, não é? Mas acabava quase por ver como uma amiga que eu sabia que poderia contar. (...) era uma pessoa que... Que eu realmente poderia confiar. Eu acho que poderia confiar bastante. Pelo menos, ela transmitiu-me isso. (...) Uma grande confiança.	Terapeuta caracterizada como simpática, muito preocupada, atenciosa. Disponível; figura de apoio; amiga “não sendo”; perceção de relação de confiança;	Características da terapeuta: simpática, muito preocupada, atenciosa, figura de apoio. Disponível. Relação terapêutica: apoio, amiga “não sendo”, confiança.	Terapeuta Relação terapêutica

Questão 8.2 – Como foi estar em terapia com a sua terapeuta?	C150	É assim... Eu acho que aqui as sessões com a [terapeuta] fizeram-me perceber, lá está... Que existem vários tipos de... De relações. E que cada pessoa tem o seu lugar. E não deixa de ser amor, não é? Mas cada pessoa tem o seu lugar. E fez-me ficar mais tranquila relativamente ao que, neste caso, o meu namorado sentia por mim.	Relação terapêutica como promotora de novos significados, consciencializações e tranquilidade.	Relação terapêutica: facilitadora da integração de novos significados.	Relação terapêutica
	C151	Porque mal eu disse... Er... “Sinto-me super tranquila”, a [terapeuta] sorriu e disse: “É exatamente isso que é esperado”. Portanto, eu acho que as duas nos apercebemos de... E acho que também a minha cara fez com que (riem-se) a [terapeuta] (...) percebesse.	Figura do terapeuta como transmitindo segurança. Relação de aparente confiança e comunicação aberta. Importância do <i>feedback</i> .	Relação terapêutica: segurança, confiança e comunicação aberta, <i>feedback</i> .	Relação terapêutica
	C152	(...) acabava por ter à vontade com a [terapeuta] e eu acho que a [terapeuta] acabava por ter à vontade comigo para falarmos de certas... De certas sensações e certos acontecimentos. Não sei se falaria ou não, mas pelo menos eu falo por mim...	Relação de confiança e segurança.	Relação terapêutica: confiança e segurança.	Relação terapêutica
	C153	Eu acho que o cliente quando vem, já tem aquela ansiedade de querer mudar. (...) E neste caso, eu acho que o terapeuta deve realmente mostrar tranquilidade. E... Que isto é um processo. Não é? E que tem o seu tempo. E nesse aspeto, por exemplo, a [terapeuta] foi... Fantástica. Porque consegui dar-me aquele tempo e eu acho que isto é muito importante na... Nesta prática.	Terapeuta como figura sensível ao tempo do cliente no processo. Figura tranquila; “fantástica”.	Relação terapêutica: sensibilidade ao tempo do cliente no processo. Características da terapeuta: tranquila, “fantástica”	Relação terapêutica Terapeuta

	C154	Lá está, ela está sempre pronta a ajudar. Sempre que acontecia qualquer coisa, ela dizia-me mesmo para lhe ligar... Hm... Acabava por ser uma amiga não sendo, não é? Mas acabava quase por ver como uma amiga que eu sabia que poderia contar. (...) era uma pessoa que... Que eu realmente poderia confiar. Eu acho que poderia confiar bastante. Pelo menos, ela transmitiu-me isso.	Disponibilidade da terapeuta, mesmo em contexto não-terapêutico. Relação de confiança; amiga “não sendo”.	Relação terapêutica: disponibilidade, dentro e fora do contexto terapêutico. Confiança.	Relação terapêutica
	C155	O que eu sentia... Era que a [terapeuta]... Hm... Havia uma aceitação... Portanto... A [terapeuta] compreendia... Compreendia-me, não julgava, não é? Hm... Achou que acabou por ser uma relação bastante positiva. Porque houve a tal empatia.	Aceitação; Compreensão; Não-julgamento. Relação positiva. Empatia.	Relação terapêutica: aceitação; compreensão; não-julgamento; empatia; relação positiva.	Relação terapêutica
	C156	Portanto, não tenho nenhum aspeto negativo a apontar.	Aspetos negativos não-percecionados na relação terapêutica.	Relação terapêutica: não há aspetos negativos percecionados.	Relação terapêutica
	C157	Eu acho que logo desde o primeiro momento (...) [a relação] funcionou. Eu acho que sim.	Relação como funcional e positiva desde o primeiro momento.	Relação terapêutica: funcional e positiva desde o início.	Relação terapêutica
Questão 8.3 – Como pensa que a terapeuta a	C158	É mais complicado responder pelas outras pessoas. (...) Como a tal questão que tínhamos há bocadinho. (...) De como é que os meus amigos me veem, por exemplo. Eu acho que é diferente como uma terapeuta, neste caso, me pode ver.	Dificuldade em assumir a perspetiva da terapeuta sobre si.	Tomada de perspetiva da terapeuta: difícil.	Tomada de perspetiva

	C159	Eu acho que a [terapeuta], quando me viu, disse logo que eu era... Extremamente... Uma pessoa extremamente ansiosa. É o que eu acho de mim, eu acho que é o que transmito aos outros. A algumas pessoas, a algumas pessoas.	Perceção da terapeuta: cliente como extremamente ansiosa. Cliente transmite ansiedade aos outros.	Perceção da terapeuta sobre a cliente: extremamente ansiosa; transmite ansiosa aos outros.	Tomada de perspetiva
	C160	Eu acho que... Se calhar... Me classificava como uma pessoa ansiosa, inicialmente. Se calhar uma pessoa ansiosa e realmente que... Hm... Não... Não... Uma pessoa que não acredita tanto em si. (...) Lá está, que se desvaloriza. Eu acho que... Que se calhar ela podia apontar esses aspetos em mim... Hm... Que se inferioriza, pronto.	Perceção da terapeuta: cliente como pessoa ansiosa, com pobre autoconfiança e elevada auto-desvalorização.	Perceção da terapeuta sobre a cliente: pessoa ansiosa, com autoconfiança e autoestima reduzidas.	Tomada de perspetiva
Questão 8.4 – Identifica-se com os modelos de intervenção que orientaram o processo?	C161	Sim. Tanto que... Eu tive interesse e fui logo pesquisar.	Interesse pelos modelos de intervenção inerentes ao processo: pesquisa.	Relação da cliente com os modelos da sua intervenção: interesse e pesquisa.	Identificação com o modelo de intervenção
	C162	Porque eu realmente, eu não conhecia. Hm... Mas depois com o passar do tempo, sim. (...) Gostei bastante e identifiquei-me. (...) EMDR. Porque, lá está, <i>Mindfulness</i> eu já (...) conhecia.	Tempo como importante à apropriação dos moldes de intervenção. Identificação com os modelos utilizados, em particular o EMDR.	Tempo: importante ao contacto com os modelos de intervenção. Relação da cliente com os modelos da sua terapia: identificação, em particular com o EMDR.	Identificação com o modelo de intervenção Tempo
Questão 8.5 – De que forma acha que o	C163	(...) como eu nunca tive contacto com outra pessoa que... Aplicasse esta técnica (...) não sei como é que seria... O desempenho, neste caso.	Contacto com EMDR: primeiro contacto, não há ponto de comparação.	Primeiro contacto com um terapeuta EMDR: ausência de um ponto de comparação.	EMDR

	C164	<p>A mim não atrapalhou nada. Portanto, conseguimos conversar. Acho que conseguimos manter uma boa relação entre terapeuta e cliente. Hm... Uma relação de confiança, também.</p> <p>Portanto, a mim não me atrapalhou nada. Agora, claro, isso, se calhar eu sendo da área... E se calhar, focando uma determinada terapia que se calhar também não estava muito à vontade, se calhar aí já ia...</p>	<p>Relação terapêutica aparentemente consistente independentemente das estratégias utilizadas.</p> <p>Formação acadêmica e profissional como possível mediadora da percepção sobre o processo e as técnicas utilizadas.</p>	<p>Relação terapêutica: independente das estratégias utilizadas.</p> <p>Formação acadêmica e profissional como mediadora da percepção e expectativas sobre o processo e modelos.</p>	Relação terapêutica Características da cliente
Questão 9.1 – Sugestões/Comentários	C165	<p>Inicialmente, era... Portanto, eu acho que as sessões eram para ser gravadas, não era? (...) Portanto, até assinei consentimento. (...) O que não... O que acabou por não acontecer, não é? Portanto, também não houve tanto aquele impacto de... Está aqui qualquer coisa estranha.</p>	<p>Comentário à impossibilidade de gravação de sessões, conforme tinha sido acordado.</p> <p>Não-gravação das sessões: menor impacto externo sobre o processo.</p>	<p>Limitações da investigação: comentário à impossibilidade de gravação – menor impacto externo sobre o processo.</p>	Investigação/Estudo
	C166	<p>Não me assustou [a avaliação], porque eu também já passei por isso.</p>	<p>Compreensão das necessidades de avaliação do processo no âmbito do estudo para tese de mestrado.</p>	<p>Investigação: compreensão das necessidades de avaliação do processo no âmbito do estudo para tese de mestrado.</p>	Investigação/Estudo

	C167	<p>Houve [preocupação com a investigação face à interrupção do processo]. Eu falei com a [terapeuta], porque eu tive de... Porque isto foi um momento assim um bocadinho inesperado. E portanto, eu tive de falar mesmo com a [terapeuta], até foi por telefone. (...) Agora recentemente... Quando a [terapeuta] me falou que o Francisco queria fazer a entrevista, eu perguntei: “Mas... É possível fazer? Porque nós não terminámos o processo!”. E a [terapeuta] esteve-me a explicar que sim, que não havia problema... Er... Mas sim, também houve essa preocupação.</p>	Preocupação da cliente quanto à investigação, face ao término do processo.	Investigação: preocupação face ao término do processo.	Investigação/Estudo
--	------	---	--	--	---------------------

Tabela 7*Identificação e avaliação das expectativas de mudança da cliente na entrevista final*

Mudanças identificadas pela cliente em entrevista	A mudança foi: (1) Totalmente esperada; (2) Algo esperada; (3) Nem esperada, nem inesperada; (4) Algo inesperada; (5) Totalmente inesperada	Sem terapia, a mudança: (1) De certeza não acontecia; (2) Provavelmente não acontecia; (3) Não sei se acontecia; (4) Provavelmente acontecia; (5) De certeza acontecia	A mudança foi: (1) Nada importante; (2) Pouco importante; (3) Moderadamente importante; (4) Muito importante; (5) Extremamente importante
<i>Menor evitamento/Maior confrontação/Maior assertividade</i>	5	1	5
<i>Maior aceitação da filha do namorado</i>	3	2	5
<i>Maior consciencialização das diferentes relações e papéis na sua vida</i>	3	2	4
<i>Maior auto-valorização</i>	5	1	5
<i>Aceitação da morte da avó em pouco tempo</i>	2	2	5
<i>Aceitação ligeiramente maior da relação com o irmão</i>	5	3	4
<i>Maior valorização social</i>	4	2	5
<i>Maior valorização física</i>	5	2	5

Tabela 8

Sistematização da Ground Theory Analysis da entrevista final à terapeuta

TERAPEUTA					
Questão	Unidade de análise		Categorias descritivas	Categorias concetuais	Categorias + concetuais
Questão 1.1 – Número de sessões e periodicidade	A questão 1.1 não foi abordada em entrevista, devido à impossibilidade de confirmação da informação no momento. A informação foi posteriormente comunicada eletronicamente pela terapeuta: 9 sessões; com uma periodicidade, regra geral, quinzenal.		Número de sessões: 9 Periodicidade: Quinzenal	Número de sessões e periodicidade	Tempo Processo psicoterapêutico
Questão 1.2 – Numa fase inicial, como definiu a(s) problemática(s) e/ou diagnóstico(s) do presente caso em traços gerais?	T1	A [Cliente] veio com um pedido relativo a ansiedade. Alguma dificuldade em lidar com... Hm... Questões relativas ao estágio profissional... Hm... E aqui muito o colocar-se constantemente em dúvida se estava a ser capaz de... De dar resposta às solicitações. Não... Muita vontade de desistir perante contrariedades, obstáculos... Hm... Pronto... E este foi o pedido inicial que traz.	Pedido: Ansiedade Dificuldade de <i>coping</i> com estágio profissional. Ansiedade de desempenho Orientação para a desistência/fuga.	Ansiedade de desempenho Estilos de <i>coping</i> evitativo Orientação para a desistência-fuga	Problemáticas e/ou Diagnóstico
	T2	A primeira avaliação mostra que, de facto, a [cliente] tem traços de ansiedade muito presentes, que depois mais tarde até se vem confirmar em coisas um bocadinho mais específicas.	Ansiedade Comportamentos específicos de ansiedade	Ansiedade	Problemáticas e/ou Diagnóstico
	T3	[Ansiedade] No desempenho dela... Na própria forma de falar, sobretudo com os superiores hierárquicos, a forma como se comportava. Esta questão sempre de se sentir os níveis dela muito elevados em querer desistir muito facilmente. As questões de não achar que era capaz... (...) Sim. Era muito evidente para ela.	Ansiedade de desempenho Ansiedade social Orientação para a desistência Perceção e consciencialização dessa ansiedade	Ansiedade de desempenho e ansiedade social. Estilo de <i>coping</i> evitativo Auto-consciencialização da ansiedade	Problemáticas e/ou Diagnóstico Auto-consciencialização
	T4	Isto surge porque também (...) No seguimento com a orientadora de estágio dela... Hm... Isto surge com bastante frequência e é a orientadora que lhe devolve um bocadinho se ela tem noção... Hm... Do funcionamento. E a [cliente] para e percebe que se calhar tinha trabalho psicoterapêutico, de facto, para fazer.	Encaminhamento por parte da orientadora de estágio	Impacto da ansiedade no contexto de estágio: referenciação pela orientadora	Contexto profissional Problemáticas e/ou Diagnóstico

	T5	(...) Se calhar podemos tirar daqui a elação que sim, que ela mantém-se no estágio e não desistiu (...) que era uma das questões que trazia logo desde o início, não é? “OK, eu vou desistir, eu vou desistir, eu não sou capaz”. (...)	Motivação para a desistência do estágio Perceção de incapacidade/incompetência	Estilo de <i>coping</i> evitativo/orientado para a desistência Autoconceito e Autoestima empobrecidos	Problemáticas e/ou Diagnóstico
	T6	(...) a [cliente] tem noção de que é uma pessoa ansiosa, tem noção que não tem muita confiança nela própria, tem noção que desiste com facilidade das tarefas perante obstáculos, mas não tinha muita noção da origem desta questão, do papel do irmão na vida dela... Era tudo muito uma observação muito mais comportamental: “Eu percebo que isto aconteceu, mas ainda não fiz as ligações do porque é que isto aconteceu”.	Perceção de ansiedade; falta de autoconfiança; orientação para a desistência; <i>coping</i> enfraquecido	Autoestima reduzida Autoconfiança reduzida Autoconceito empobrecido Estilo de <i>coping</i> evitativo	Problemáticas e/ou Diagnóstico
Questão 1.3 – Posteriormente, a partir do trabalho psicoterapêutico com a cliente, que problemática(s) ou diagnóstico(s) foram assumindo preponderância ou constituindo prioridade de intervenção no processo?	T7	A [cliente] queria sobretudo... O que é que nós fomos percebendo... Que, de facto, esta ansiedade tinha que ver com crenças irracionais que ela tinha acerca dela própria. E que muito claramente essas crenças vêm, de facto, do contexto familiar, muito especificamente associadas ao irmão mais velho (...). E crenças que, obviamente, acompanham a [cliente] a vida toda e que a deixam sempre naquela... Dificuldade em acreditar em si própria, em se achar capaz, em desvalorizar constantemente aquele que é o autoconceito dela.	Ansiedade associada a crenças irracionais autodirecionadas Origem da crenças associada ao contexto familiar, em particular irmão mais velho Impacto das crenças irracionais ao longo da vida: falta de autoconfiança, autoconceito empobrecido.	Crenças irracionais negativas História desenvolvimental: marcada negativamente por dinâmicas familiares específicas (irmão mais velho) Autoconfiança e autoconceito empobrecidos	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto familiar Processo psicoterapêutico
	T8	Ao longo do processo, depois há um... Um... Um ponto que começámos a trabalhar aqui na identificação destas crenças e a determinada altura do processo há uma quebra porque morre a avó da [cliente] que é uma pessoa extremamente ligada a ela e que é obvio que isto se torna um momento de... Em que a intervenção tem de mudar claramente o rumo, não é? E tivemos de nos centrar no luto que a [cliente] está a fazer...	Trabalho terapêutico sobre as crenças Acontecimento inesperado: morte da avó da cliente. Alteração do foco de intervenção para o luto.	Alvos terapêuticos: crenças identificadas Descontinuidade: morte da avó. Redirecionamento da intervenção.	Processo psicoterapêutico Acontecimentos negativos Contexto familiar

	T9	Mas curiosamente, é esta perda da avó que acaba por trazer outras questões que estavam ligadas a ansiedade, mas um bocadinho mais... (...) complexas, até que começamos a perceber que a [cliente] tinha comportamentos compulsivos. (...) Exatamente para compensar estes níveis de ansiedade. (...) E isto veio à tona (...) com a morte da avó, porque obviamente isto despoletou nela muito, outra vez, uma densidade maior nos comportamentos compulsivos. Ela começa-se a dar conta, cada vez mais, de que coisas que achava que já tinha controlado que de facto não controla.	Perda da avó como fator precipitante de um foco terapêutico sobre comportamentos compulsivos. Maior densidade de comportamentos compulsivos como compensação da ansiedade decorrente da morte da avó.	Fatores agravantes ou de descontinuidade: morte da avó Comportamentos compulsivos e ansiedade	Acontecimentos negativos Contexto familiar Mudanças Problemáticas e/ou Diagnóstico
	T10	Começa a existir muito a sensação de suspeição, quase... A sensação de que a avó ainda está presente, e dela se começa a sentir muito desconfortável no ambiente de casa e começa aqui a criar alguns rituais que a ajudassem a lidar com aquela questão de achar que a alma da avó poderia estar por ali... E pronto. Começa assim a surgir uma coisa muito mais do âmbito espiritual...	Suspeição: a avó ainda está presente. Desconforto em casa: rituais como estratégia de <i>coping</i> ; Espiritualidade associada à presença da avó em casa.	<i>Coping</i> disfuncional com a morte da avó Rituais como <i>coping</i>	Problemáticas e/ou Diagnóstico Acontecimentos negativos Contexto familiar
	T11	Mas que depois desemboca nisto que a [cliente] acabou por perceber e por dizer: “Ah... Espera lá... Mas eu sei que, por exemplo, à noite antes de me deitar costumo fazer isto e isto e isto... OK... E... Quando estou a ver televisão, por exemplo, e surge alguma imagem que... Me deixa de alguma forma a pensar no assunto A,B ou C, eu tenho a tendência para fazer isto, isto, isto e isto”. OK... E a partir daqui, começamos a perceber que há aqui toda uma dimensão de ansiedade que (...) inclusivamente tem raízes aqui num comportamento mais compulsivo e em pensamentos mais obsessivos que não a deixam ali em paz. E foi por aí que depois começamos a perceber: “OK... Também temos que ir aqui”. E depois, infelizmente, é quando a [cliente] faz o <i>drop out</i> .	Consciencialização da cliente para os seus comportamentos compulsivos e pensamentos obsessivos. <i>Dropout</i> aquando de um foco terapêutico nos comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo.	Auto-consciencialização sobre os comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo <i>Dropout</i>	Processo psicoterapêutico Mudanças Problemáticas e/ou Diagnóstico Auto-consciencialização <i>Dropout</i>
	T12	Portanto, à partida, de facto todas estas questões das crenças internas terão encontrado aqui algum... Algum... Alguma intranquilidade. No seio familiar, isto também já tinha acontecido. Inclusivamente, a [cliente] chegou a relatar um episódio onde... Onde ela tinha, de facto, uma relação muito difícil com o irmão (...), onde para ela era sequer difícil estar na mesma sala que o irmão.	Crenças internas: intranquilidade. Relação muito difícil com irmão: difícil estar na mesma sala que ele.	Efeitos das crenças irracionais negativas: intranquilidade Dinâmica familiar: relação difícil com o irmão	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto familiar

	T13	[Abordando ainda a influência do irmão mais velho sobre a cliente] Irmão mais velho, sim... (...) Muito na origem da crença de desvalor (...) E... E, portanto, alguém perante quem ela se sentia sempre inibida, sempre... Não é? Muito... Muito recatada, para não provocar nenhum conflito.	Irmão mais velho: origem da crença de desvalor. Inibição perante irmão mais velho.	Origem das crenças irracionais internas: irmão mais velho. Estilo de <i>coping</i> : inibição, evitamento.	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto familiar
	T14	De facto, eu acho que a morte da avó se mete ali pelo meio. Neste sentido, nós até podemos considerar que acontece alguma coisa de pior, ou seja, as questões dos comportamentos compulsivos dela acentuam-se, não é? E aqui se alguma coisa corre mal é depois isto, que é, de facto, há uma acentuação dos comportamentos compulsivos (...) há aqui uma incidência, nós percebemos que há aqui comportamentos mais graves, entre aspas, não é? Que devíamos aprofundar a intervenção neles.	Morte da avó como desencadeando agravamento/accentuação dos comportamentos compulsivos. Inclusão destes comportamentos no âmbito de intervenção terapêutica;	Fatores agravantes ou de descontinuidade: morte da avó. Reconcetualização do Foco ou alvo do processo	Acontecimentos negativos Contexto familiar Processo psicoterapêutico Problemáticas e/ou Diagnóstico
	T15	[Caracterizando os comportamentos compulsivos] Coisas muito simples. Por exemplo (...) Perante uma imagem na televisão, por exemplo de... De alguma coisa que tivesse a ver com a morte ou o azar, alguma coisa do género. A [cliente] identificava o pensamento negativo, de “alguma coisa de mal vai acontecer” e fazia, por exemplo: “Crrm... Crrm... Crrm...” (som de como quem tenta limpar a garganta). Só isto. Para ajudar a aliviar. (...) Ou por exemplo, perceber que quando vai para o quarto e se vai deitar tinha de fazer contagens, por exemplo. Coisas deste género.	Comportamentos compulsivos: limpar a garganta perante imagens perturbadores (morte ou azar) na televisão; contagens ao ir-se deitar.	Comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo: limpar a garganta e contagens.	Problemáticas e/ou Diagnóstico Auto-consciencialização
	T16	São coisas muito subtis... Coisas que obviamente ela tendo noção, não... Não é nada propriamente observável (...). Ela tem noção e, portanto, ela continha este tipo de comportamentos [compulsivos]. (...) É uma coisa que passa despercebido... (...) Ninguém nota, ninguém vai perceber que aquilo é compulsivo. Hm... Mas ela percebia que sim. (...) Por causa da formação que tem.	Comportamentos compulsivos: subtis e dificilmente observáveis. Perceção por parte da cliente destes comportamentos e da sua importância, devido à sua formação.	Comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo: subtileza e dificuldade de observação. Auto-observação/Auto-consciencialização da cliente para estes comportamentos.	Problemáticas e/ou Diagnóstico Auto-consciencialização Características da cliente

	T17	Depois a relação com o companheiro também não era... Foi outra das coisas que a [cliente] trazia no início, mas que estava assim em segundo plano. A relação com o companheiro não estava muito fácil, porque ele era uma pessoa que tinha uma filha, portanto, ela estava com algumas dificuldades em lidar com isto. Com o espaço de cada uma na vida dele.	Relação com o companheiro: não estava muito fácil. Dificuldades em lidar com a filha do companheiro: espaço de cada uma na vida dele.	Esfera romântica: dinâmica relacional conflituosa devido à filha do namorado (espaço/importância)	Problemáticas e/ou Diagnóstico Contexto romântico/de intimidade
Questão 1.4 – Como define o término do processo? Como decorreu?	T18	E a partir daqui, começámos a perceber que há aqui toda uma dimensão de ansiedade que (...) inclusivamente tem raízes aqui num comportamento mais compulsivo e em pensamentos mais obsessivos que não a deixam ali em paz. E foi por aí que depois começámos a perceber: “OK... Também temos que ir aqui”. E depois, infelizmente, é quando a [cliente] faz o <i>drop out</i> . (...) Por motivos financeiros. É mesmo uma questão financeira, sim. A [cliente] teve aqui uma situação familiar que precisou de resolver, questão familiar essa que implicava que ela tivesse aqui uma participação em termos financeiros e, portanto, tornou-se incomportável manter-se as consultas.	<i>Dropout</i> aquando de uma inclusão dos comportamentos compulsivos e pensamentos obsessivos no âmbito da intervenção terapêutica. <i>Dropout</i> motivado por questões financeiras: necessidade de apoio financeiro à família e incomportabilidade das consultas.	<i>Dropout</i> : fase de intervenção sobre os comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo. <i>Dropout</i> : Dificuldades financeiras	Problemáticas e/ou Diagnóstico Processo psicoterapêutico <i>Dropout</i> Contexto familiar
	T19	É uma coisa que fica em aberto... A [cliente]... Diz que quer voltar obviamente para terminar o processo dela, embora naquela altura consiga perceber que aprendeu algumas estratégias que lhe permitiram começar a lidar com a sua ansiedade e o EMDR, até aquela altura, permitiu-nos limpar uma das crenças principais. (...) Ou pelo menos a avaliação dela ia nesse sentido, de que naquela altura por muito difícil que fosse terminar o processo e tendo noção que não estava completo, que havia muito trabalho para fazer, mas que já encontrava (...) algumas ferramentas que iam permitindo, sobretudo no dia-a-dia e no contexto (...) profissional, lidar de uma forma melhor com (...) as situações que lhe iam surgindo.	Cliente manifesta motivação em regressar e consolidar o processo. Cliente manifesta dificuldade em terminar um processo incompleto; <i>feedback</i> da cliente de que já encontrava ferramentas de <i>coping</i> para o dia-a-dia e contexto profissional.	Motivação para o processo após <i>dropout</i> <i>Feedback</i> da cliente sobre o processo após <i>dropout</i>	Motivação para a terapia Processo psicoterapêutico <i>Dropout</i>

	T20	E, portanto, um <i>drop out</i> é sempre difícil, sobretudo para nós terapeutas, não é? (...) Temos tendência a fazer aqui autorreferenciação e perceber se fomos nós que falhamos ou não... Eu acho que no caso da [cliente] isso não aconteceu... (...) De facto, não foi um erro, na minha leitura da situação, do caso, do diagnóstico, da orientação do... Do... Do processo, acho eu. (...) E a [cliente] dá-me esse <i>feedback</i> . Acho que ela consegue perceber, ou seja, também não é percepção dela de falta de resultados, mas é objetivamente aqui uma alteração na vida dela (...) Que não deixa que a [cliente] possa de facto manter-se no processo, infelizmente.	Terapeuta: <i>Dropout</i> sempre difícil; tendência para a autorreferenciação (fui eu que falhei?); Confiança de uma leitura correta do caso e dos motivos para a desistência. <i>Feedback</i> da cliente confirma esta percepção: não é falta de resultados, mas alteração objetiva na vida da cliente.	Reação ao <i>dropout</i> : difícil; autorreferenciação <i>Feedback</i> da cliente sobre o processo: resultados manifestos, <i>dropout</i> justificado objetivamente.	<i>Dropout</i> Terapeuta Motivação para a terapia Processo psicoterapêutico
	T21	Basicamente, nós tivemos duas consultas para trabalhar sobre eles [comportamentos compulsivos]. Hm... E logo a seguir, a [cliente] faz o <i>drop out</i> , não é? (...) Que devíamos aprofundar a intervenção neles... E logo a seguir, ficamos sem espaço para isto. Não acho que tenha a ver com o processo, de facto, isto ter aparecido, mas com as circunstâncias. (...) Possivelmente, se tivéssemos trabalhado outros eventos um bocadinho mais traumáticos com o EMDR, podia ser que tivesse surgido ali alguma coisa mais negativa. (...) Mas não houve espaço para surgir...	Duas consultas de trabalho sobre os comportamentos compulsivos; necessidade de aprofundar a intervenção e ausência de oportunidades para tal.	Intervenção psicoterapêutica sobre os comportamentos compulsivos: insuficiente.	Processo psicoterapêutico Tempo <i>Dropout</i>
Questão 2.1 – Que mudanças foi notando na cliente com o decorrer do processo psicoterapêutico?	T22	A [cliente]... Diz que quer voltar obviamente para terminar o processo dela, embora naquela altura consiga perceber que aprendeu algumas estratégias que lhe permitiram começar a lidar com a sua ansiedade e o EMDR, até aquela altura, permitiu-nos limpar uma das crenças principais. (...) Ou pelo menos a avaliação dela ia nesse sentido, de que naquela altura (...) já encontrava (...) ferramentas (...) que iam permitindo, sobretudo no dia-a-dia e no contexto (...) profissional, lidar de uma forma melhor com... Com... Com as situações que lhe iam surgindo.	Cliente aprendeu estratégias para melhor lidar com a sua ansiedade. Avaliação: já encontrava ferramentas para lidar melhor com o dia-a-dia e contexto profissional.	Mudanças identificadas: melhor gestão da ansiedade; ferramentas para lidar melhor com o dia-a-dia e contexto profissional.	Mudanças Processo psicoterapêutico

	T23	Eu nota-las [as mudanças] presencialmente... Não posso dizer que tenha notado, OK? É tudo em discurso... [E: É algo que está a partir do relato, não é?] Sim, só. Porque aqui em contexto, a [cliente] mostrava mostrava ainda muita ansiedade e muita... Muita dúvida, mas que era um espaço onde tinha que o fazer também, não é?	Mudanças notadas em relato, não no contexto terapêutico. Contexto terapêutico: ainda muita ansiedade e muita dúvida, mas espaço adequado para tal.	Mudanças identificadas pelo relato. Contexto terapêutico: espaço de auto-revelação	Mudanças Processo psicoterapêutico
	T24	O que é que ela me ia transmitindo: que, de facto, notava algumas diferenças nela importantes, sobretudo ao nível desta questão interna de... De não... De não duvidar tanto de si própria, de já ser capaz de ir... Hm... Não estar sempre a fugir de um conflito, mas de facto conseguir ser mais assertiva, conseguir (...) ter mais uma atitude de autopreservação perante as figuras de autoridade, sobretudo no local de trabalho. (...) De sentir, de facto, que é mais confiante. Isto era sobretudo aquilo que ela me trazia em termos mais internos.	Diferenças transmitidas: maior autoconfiança, menor orientação para a fuga, maior assertividade, maior atitude de autopreservação perante figuras de autoridade (sobretudo no local de trabalho).	Mudanças identificadas: maior autoconfiança, menor orientação para fuga, maior assertividade e autopreservação; Estilo de <i>coping</i> menos evitativo	Mudanças Processo psicoterapêutico
	T25	Ainda estávamos aqui numa fase muito inicial e que a [cliente] estava a experimentar [maior assertividade] e a começar a ter resultados com isso, não é? (...) Não acredito que fosse uma coisa que ela fosse perder [E: Hm.] mas que... E sobretudo porque ia tendo reforço, obviamente, daquele comportamento e... E de tal maneira que acho que se calhar podemos tirar daqui a elação que sim, que ela mantém-se no estágio e não desistiu [E: Mm-hm.], que era uma das questões que trazia logo desde o início, não é? “OK, eu vou desistir, eu vou desistir, eu não sou capaz”. E ela mantém-se no estágio. Portanto, à partida, de facto todas estas questões das crenças internas terão encontrado aqui algum... Algum... Alguma tranquilidade.	Experimentação de maior assertividade. Resultados perante maior assertividade: reforço positivo dessa mesma assertividade. Mantém-se no estágio, não desistiu. Questões internas: maior tranquilidade.	Estilo de <i>coping</i> menos evitativo; maior assertividade. Contexto extra-terapia	Processo psicoterapêutico Mudanças Processos psicológicos de mudança Contexto profissional

	T26	Inclusivamente, a [cliente] chegou a relatar um episódio onde... Onde ela tinha, de facto, uma relação muito difícil com o irmão [E: Hm...] onde para ela era sequer difícil estar na mesma sala que o irmão (...) Quando nós acabámos por terminar o tal processamento em EMDR (...) a [cliente] chegou a conseguir estar no... Na mesma sala que o irmão, inclusivamente a conseguirem conversar sem que houvesse algum conflito. (...) E consegue numa das situações familiares em que ele tem que ir a casa dos pais, um almoço em casa dos pais e ela consegue estar com o irmão e conseguem estar a conversar sem que haja daí um conflito habitual ou um desfecho que era comum.	Processamento EMDR como permitindo melhor contacto com o irmão: ausência de conflito numa situação familiar específica.	EMDR: melhor relação Dinâmica familiar	EMDR Mudanças Contexto familiar
	T27	E porque a [cliente] se sente diferente. Isto é o que ela me relata. (...) Nesta questão da assertividade, ser capaz de não deixar de conseguir enfrentar de forma assertiva um conflito e não entrar pelo... Pela fuga, não é? Porque era normalmente o que ela fazia. Esta questão de se sentir um pouco mais confiante. E de perceber que aquilo que sentia em relação ao irmão, a crença que surge era uma crença irracional e, portanto, ela conseguia contrariar essa crença, conseguia racionalizar, perceber que não havia motivo para se sentir assim. Que a [cliente] pequenina (...) que se sentia amedrontada pelo irmão já não existe e que existe agora uma [cliente] adulta que é capaz de lidar de uma forma diferente com a presença deste irmão e com a crítica deste irmão. E, portanto... Ela aqui obviamente ganha uma... Uma dimensão de maior poder sobre o irmão.	<p>Maior assertividade, melhor <i>coping</i> com o conflito, menor orientação para a fuga.</p> <p>Maior autoconfiança;</p> <p>Reperceção/Novos significados nas crenças internas associadas ao irmão.</p> <p>Maior poder sobre o irmão: dinâmica entre uma cliente pequenina e uma cliente adulta.</p>	<p>Estilo de <i>coping</i> menos evitativo, mais assertivo</p> <p>Maior autoconfiança; autoestima mais elevada</p> <p>Reperceção Novos significados</p> <p>Dinâmica relacional de poder: maior poder sobre irmão</p>	Mudanças Processos psicológicos de mudança Contexto familiar
	T28	E de facto, ela consegue depois... Surge aqui, um bocadinho por indução de uma própria técnica do EMDR, acaba por perceber que aquela [cliente] pequenina já não é tão indefesa e já não existe. Porque, de facto, quem está aqui no presente, no aqui e no agora, é uma [cliente] adulta e não aquela [cliente] pequenina e tão indefesa assim...	EMDR como permitindo a reperceção e atribuição de novos significados; reconceptualização da cliente como mulher adulta e não tão indefesa;	EMDR: integração de novos significados Reperceção Reconceitualização	EMDR Processos psicológicos de mudança

	T29	(...) a [cliente] tem noção de que é uma pessoa ansiosa, tem noção de que não tem muita confiança nela própria, tem noção que desiste com facilidade das tarefas perante obstáculos, mas não tinha muita noção da origem desta questão, do papel do irmão na vida dela... Era tudo muito uma observação muito mais comportamental: “Eu percebo que isto aconteceu, mas ainda não fiz as ligações do porque é que isto aconteceu”. E aqui é um primeiro momento de <i>insight</i> , obviamente, e de mudança, não é? Em que a [cliente] começa a perceber: “Pera lá, OK... Eu começo a perceber porque é que eu sou assim e porque é que eu tenho estas coisas...”. Hm... E aqui é de facto um... Uma primeira alavanca p’ra [cliente] começar a mudar e começar a olhar para as pessoas da vida dela também com olhos diferentes, não é?	<p>Perceção clara por parte da cliente da ansiedade; da falta de autoconfiança, da orientação para a desistência/fuga, de desconhecimento da origem desta questão (irmão).</p> <p>Observação comportamental começa a ser associada às causas internas.</p> <p><i>Insight</i> como mudança: olhar para os seus comportamentos e para as pessoas com “olhos diferentes”</p>	<p>Auto-consciencialização sobre as problemáticas</p> <p>Origem da ansiedade: de onde surge?</p> <p>Mudanças: <i>Insight</i></p>	<p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Processos psicológicos de mudança</p> <p>Mudanças</p> <p>Auto-consciencialização</p>
	T30	Ou seja, nós começámos a trabalhar aquela crença, conseguimos processá-la, de facto, mas rapidamente a [cliente] dá... Dá um passo, não só no... No... No campo profissional, mas sobretudo no campo pessoal/familiar e em relação àquela figura que era a figura principal, não é, aqui no contexto da [cliente]. (...) E aqui eu não estava à espera que já tivéssemos conseguido resultados. Achava que só os íamos ter quando eventualmente o irmão fosse um gatilho de trabalho em EMDR. (...) E não foi preciso, porque a [cliente] aí ganhou terreno.	<p>Trabalho sobre a crença de desvalor, inibição e inferioridade: cliente capaz de a perceber como transversal à sua vida e diretamente ligada à figura do irmão mais velho (surpresa para a terapeuta)</p>	<p>Crenças irracionais negativas: inferioridade, desvalor;</p> <p>Intervenção terapêutica sobre as crenças</p> <p>Reações do terapeuta: surpresa</p>	<p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Terapeuta</p> <p>Mudanças</p> <p>Características da cliente</p>

	T31	<p>E, depois, obviamente, vai-se habituando à linguagem [a que se recorre no EMDR] e depois surge a surpresa do “(expressão de surpresa) Como é que é possível? Mas... ‘Pera lá... Isto já não me está a perturbar... Como é que é possível? Mas eu agora já não vejo a imagem, mas eu agora já não quero saber o que é que as pessoas me disseram! Como é que é possível?’”. Pronto. Surpresa absoluta. (...) E portanto, ela tinha aqui, obviamente, uma... Uma consciência muito alargada acerca da imagem [Comentário de outros acerca da imagem corporal dela] e pronto. Hipervigilância.(...) E é engraçado porque, de facto, ao longo do processamento dessa imagem... (...) A imagem (...) Escurece, desaparece... Da mente dela, não é? E... E ela consegue perceber que... Que não dá a mínima importância ao comentário que aquelas pessoas estavam a fazer. Que aquilo não perturba, que não chateia, que não faz nada. Que podiam ter dito aquilo, como podiam ter dito “o dia hoje está bonito” e que para ela era exatamente igual.</p>	<p>Consciência alargada sobre a percepção dos outros da sua imagem corporal. Hipervigilância à observação e comentários dos outros: atenuada pelo EMDR; deixa de dar importância; perturbação eliminada.</p> <p>Surpresa perante os resultados imediatos.</p> <p>Reperceção/Revalorização/Distanciamento à imagem mental perturbadora.</p>	<p>Auto-consciencialização e Hipervigilância à imagem corporal e à percepção dos outros desta</p> <p>Ansiedade</p> <p>EMDR: Reações ao processo – surpresa</p> <p>Reperceção Distanciamento Revalorização</p>	<p>EMDR Tempo Mudanças Auto-consciencialização Processos psicológicos de mudança</p>
	T32	<p>Ali mexe e mexe obviamente com os episódios que vêm a seguir e com as outras coisas que as outras pessoas lhe foram dizendo e ela aqui sente: “Agora as pessoas fazem comentários e eu até nem... Não sinto assim tanto”. Até houve um episódio qualquer, depois no funeral da avó, em que mais uma vez alguém lhe faz um comentário, e ela percebe que não atribui qualquer significado àquilo. Ou que fez um significado racional, ou seja, já não foi outra vez autodirecionar: “Eu estou muito magra, ‘tou muito mal e ‘tou não sei quê, e na-na-na, e porque sou feia e sou horrível e não sei quê mais... Mas! Claro que eu estou abatida, claro que estou magra, eu... Eu estou no funeral da minha avó... Estou... Estou triste, não dormi... Estou... É normal que eu esteja assim”.</p>	<p>Encadeamento da atenuação dos episódios perturbadores: desvalorização; relativização; atribuição de significados mais ajustados ou racionais.</p>	<p>Relativização Integração de novos significados</p>	<p>EMDR Mudanças Processos psicológicos de mudança</p>

	T33	E aqui a [cliente] tinha esta confusão inicial [inerente à linguagem do EMDR: distinção entre pensamento, sensação e emoção], que depois começa a tentar perceber e começa, de facto, a conseguir corresponder. E é a surpresa, pronto. Realmente... “Ah! Mas eu estava aqui a sentir uma coisa horrível e com o estômago super apertado e agora não sinto! Agora estou super relaxada... Espera... Agora ainda tenho aqui o pensamento e não sei quê. Ah! Agora já não consigo pensar nisso. Agora até estou a pensar noutra coisa qualquer...”. Pronto. E, de facto, é uma coisa “Txanan!”.	Surpresa: atenuação das sensações físicas associadas às imagens perturbadoras. Alteração dos esquemas habituais de pensamento.	Reações ao processo EMDR: confusão e surpresa Mudanças identificadas: atenuação das sensações físicas e alteração dos esquemas habituais de pensamento	EMDR Mudanças Processos psicológicos de mudança
Questão 2.2 – Houve alguma coisa que mudou para pior, com o decorrer do processo?	T34	Mas curiosamente é que esta perda da avó acaba por trazer outras questões que estavam ligadas a ansiedade, mas um bocadinho mais... (...) complexas, até que começamos a perceber que a [cliente] tinha comportamentos compulsivos. (...) Exatamente para compensar estes níveis de ansiedade e (...) isto veio à tona (...) com a morte da avó, porque obviamente isto despoletou nela muito, outra vez, uma densidade maior nos comportamentos compulsivos. Ela começa-se a dar conta, cada vez mais, de que coisas que achava que já tinha controlado que de facto não controla. Começa a existir muito a sensação de suspeição, quase... A sensação de que a avó ainda está presente, e dela se começar a sentir muito desconfortável no ambiente de casa e começa aqui a criar alguns rituais que a ajudassem a lidar com aquela questão de achar que a alma da avó poderia estar por ali... E pronto... Começa assim a surgir uma coisa muito mais do âmbito espiritual... Mas que depois desemboca nisto que a [cliente] acabou por perceber e por dizer: “Ah... Espera lá... Mas eu sei que quando estou a ver televisão, por exemplo, e surge alguma imagem que... Me deixa de alguma forma a pensar no assunto A, B ou C, eu tenho tendência para fazer isto, isto, isto e isto”. OK... E a partir daqui começamos a perceber que há aqui toda uma dimensão de ansiedade que (...) inclusivamente tem raízes aqui num comportamento mais compulsivo e em pensamentos mais obsessivos que não a deixam ali em paz.	Acentuação/Maior densidade de comportamentos compulsivos face à morte da avó. Consciencialização de incontrolabilidade de coisas que pensava controlar. Suspeição: a avó ainda está presente, desconforto em casa perante a possibilidade de a avó ali estar – âmbito espiritual. Consciencialização para estes comportamentos, para os seus “gatilhos”. Comportamentos compulsivos e pensamentos obsessivos: não a deixam “em paz”.	Fatores agravantes ou de descontinuidade: morte da avó Auto-consciencialização da falta de Controlo Reação à morte da avó: suspeição, agravamento dos comportamentos de carácter compulsivo Comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo: não a deixam “em paz”.	Contexto familiar Acontecimentos negativos Auto-consciencialização Processo psicoterapêutico Problemáticas e/ou Diagnóstico

	T35	<p>De facto, eu acho que a morte da avó se mete ali pelo meio. Neste sentido, nós até podemos considerar que acontece alguma coisa de pior, ou seja, as questões dos comportamentos compulsivos acentuam-se, não é? E aqui se alguma coisa corre mal é depois isto, que é, de facto, há uma acentuação dos comportamentos compulsivos.</p> <p>Basicamente, nós tivemos duas consultas para trabalhar sobre eles... Hm... E, logo a seguir, a [cliente] faz o <i>drop out</i>, não é? E portanto, se alguma coisa correu mal é isto: é que... que há aqui uma incidência, nós percebemos que há aqui comportamentos mais graves, não é? Que devíamos aprofundar a intervenção neles... E logo a seguir, ficamos sem espaço para isto.</p>	<p>Acentuação dos comportamentos compulsivos, decorrente da morte da avó.</p> <p>Duas consultas sobre estes comportamentos seguidas de <i>droupout</i>. Trabalho incompleto: falta de tempo.</p>	<p>Fatores agravantes ou de descontinuidade: morte da avó acentua comportamentos compulsivos.</p> <p>Intervenção terapêutica sobre estes comportamentos</p> <p><i>Dropout</i>: falta de Tempo</p>	<p>Contexto familiar</p> <p>Acontecimentos negativos</p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p><i>Dropout</i></p> <p>Tempo</p>
	T36	<p>[Caracterizando os comportamentos compulsivos] Coisas muito simples. Por exemplo (...) Perante uma imagem na televisão, por exemplo, de... De alguma coisa que tivesse a ver com a morte ou o azar, alguma coisa do género. A [cliente] identificava o pensamento negativo, de “alguma coisa de mal vai acontecer” e fazia, por exemplo: “Crrm... Crrm... Crrm...” (som como quem tenta limpar a garganta). Só isto... Para ajudar a aliviar. (...) Ou, por exemplo, perceber que, quando vai para o quarto e se vai deitar tinha de fazer contagens, por exemplo. Coisas deste género. São coisas muito subtis... Coisas que obviamente ela ia tendo noção, não... Não é nada propriamente observável [E: Mm-hm.], não é? Ela tem noção, e portanto, ela continha este tipo de comportamentos. (...) É uma coisa que passa despercebido. (...) Ninguém nota, ninguém vai perceber que aquilo é compulsivo. Hm... Mas ela percebia que sim... (...) Por causa da formação que tem.</p>	<p>Comportamentos compulsivos: limpar a garganta perante imagens perturbadoras na televisão (morte ou azar); contagens quando se ia deitar.</p> <p>Comportamentos compulsivos: subtis, dificilmente observáveis; perçecionados pela cliente e valorizados devido à sua formação.</p>	<p>Comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo: limpar a garganta e contagens; subtis, de difícil observação, auto-perceção</p> <p>Valorização dos comportamentos devido à formação</p>	<p>Problemáticas e/ou Diagnóstico</p> <p>Auto-consciencialização</p> <p>Características da cliente</p>

<p>Questão 2.3 – Há alguma coisa que gostaria que o processo psicoterapêutico tivesse ajudado a mudar na cliente, mas não tenha mudado?</p>	T37	<p>Basicamente, nós tivemos duas consultas para trabalhar sobre eles [comportamentos compulsivos]. Hm... E, logo a seguir, a [cliente] faz o <i>drop out</i>, não é? E portanto, se alguma coisa correu mal, é isto: é que... Que há aqui uma incidência, nós percebemos que há aqui comportamentos mais graves, entre aspas, não é? Que devíamos aprofundar a intervenção neles... E, logo a seguir, ficamos sem espaço para isto. (...) Possivelmente... Se tivéssemos trabalhado outros eventos um bocadinho mais traumáticos como o EMDR, podia ser que tivesse surgido ali alguma coisa mais negativa [E: Sim...] Hm... Mas não houve espaço para surgir...</p>	<p><i>Dropout</i> não permitiu trabalho terapêutico consistente sobre os comportamentos compulsivos.</p> <p><i>Dropout</i> como impedindo EMDR de trabalhar eventos mais traumáticos ou que fizessem emergir algo mais negativo.</p>	<p><i>Dropout</i>: trabalho inconsistente sobre comportamentos compulsivos e impedimento a abordagem EMDR sobre eventos potencialmente mais traumáticos ou negativos.</p>	<p><i>Dropout</i></p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p>EMDR</p>
	T38	<p>Nós aqui tínhamos obviamente que... Que ultrapassar as outras subcrenças que andavam ali à volta da crença e, sendo a crença nuclear, não é, precisávamos de ter trabalhado isso, precisávamos de ter trabalhado um bocadinho mais a autoconfiança e a autoestima da [cliente], sem dúvida. Precisávamos de ter trabalhado a questão dos comportamentos compulsivos... Tudo isso que... Que estava em andamento precisava de ter sido encerrado, não é? Hm... Acho que é muito por aí. Não é que me tenha surgido nada de novo, mas devia ter sido encerrado. (...) [E não foi] No primeiro momento, pela questão da morte da avó, que obviamente nos desviou do... Do... Do trabalho inicial e depois pelo <i>drop out</i>.</p>	<p>Morte da avó e <i>dropout</i> não permitiram trabalho mais consolidado sobre crença nuclear e subcrenças associadas, sobre a autoconfiança e autoestima e comportamentos compulsivos.</p>	<p>Fatores agravantes ou de descontinuidade: morte da avó e <i>droupot</i> – não há consolidação do trabalho sobre crenças, autoestima e comportamentos compulsivos.</p>	<p>Acontecimentos negativos</p> <p><i>Dropout</i></p> <p>Processo psicoterapêutico</p>
	T39	<p>Identificámos os acontecimentos onde aquela crença tinha estado presente. (...) E que tinha contribuído então obviamente para a [cliente] ainda hoje a sentir como verdadeira. (...) Nós tínhamos, entretanto, em termos de protocolo inicial [EMDR] já tínhamos identificado outras crenças, outras situações, outras dificuldades que seriam necessárias trabalhar, mas que depois, lá está... Com o desvio, não fomos lá.</p>	<p>Identificação em contexto terapêutico de acontecimentos onde a crença disfuncional tinha estado presente.</p> <p>Identificação de outras crenças e dificuldades no início do protocolo, mas trabalho impossibilitado pelo “desvio”</p>	<p>Processo terapêutico: identificação de acontecimentos marcados pela crença disfuncional</p> <p>Crenças irracionais negativas identificadas: trabalho sobre estas impossibilitado pelo “desvio”</p>	<p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Processos psicológicos de mudança</p>

Questão 2.4 – A cliente deu-se contra de outros aspetos que gostava de mudar, dos quais ainda não se tinha dado conta antes de iniciar o processo?	T40	Isto, por exemplo, (...) esta questão dos comportamentos compulsivos surge (...) depois, não é? Não... Não... Antes não era uma coisa que ela trazia. Hm... Er... Mesmo... A... Dimensão traumática, hm... Que traz todas estas crenças negativas: a [cliente] tem noção que é uma pessoa ansiosa, tem noção que não tem muita confiança nela própria, tem noção que desiste com facilidade das tarefas perante obstáculos, mas não tinha muita noção da origem desta questão, do papel do irmão na vida dela... Era tudo muito uma observação muito mais comportamental: “Eu percebo que isto aconteceu, mas ainda não fiz as ligações do porque é que isto aconteceu”.	Comportamentos compulsivos: valorizados pela cliente apenas numa fase mais avançada. Origem das crenças negativas desconhecida pela cliente; o impacto destas crenças percebido pela autoobservação comportamental.	Auto-consciencialização sobre as problemáticas Comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo Trabalho terapêutico sobre crenças e sua origem.	Problemáticas e/ou Diagnóstico Auto-consciencialização Processo psicoterapêutico Processos psicológicos de mudança
Questão 3.1 – Ocorreram mudanças das quais estava à espera?	T41	Sim. (...) Mas eu... Eu sou fã número 1 de EMDR. (...) E portanto, até hoje não vi o EMDR a não ser capaz de mudar estas coisas. E tinha, portanto, uma fé inabalável de que o EMDR iria conseguir alterar algumas destas coisas. Hm... Portanto... Sim... Tinha... Tinha francas expectativas de que, de facto, o EMDR fosse capaz de alterar, sobretudo, esta questão das crenças irracionais que a [cliente] tinha. E que a ajudasse, de facto, nesta substituição.	Valorização de EMDR como ferramenta terapêutica. EMDR: alterou e substitui crenças irracionais que a cliente tinha.	Eficácia do EMDR EMDR em processo: alteração e substituição de crenças irracionais	EMDR Processos psicológicos de mudança

<p>Questão 3.2 – Ocorreram mudanças das quais não estava à espera ou que foram uma surpresa para si?</p>	T42	<p>Eu acho que ainda não estava à espera, na altura, que a [cliente] já tivesse conseguido transferir alguma destas coisas para... Para o ambiente familiar... (...) Porque, de facto, ainda não tínhamos conseguido entrar aí tão profundamente. (...) Há aqui a questão da crença dela é óbvio que é transversal, não é? Portanto, está aqui na personalidade dela. E portanto, tinha que... Tinha que se revelar, portanto, tanto em termos profissionais, como em termos pessoais, como em familiares. Hm... E portanto... Mas foi só uma assentadazinha. Ou seja, nós começámos a trabalhar aquela crença, conseguimos processá-la, de facto, mas rapidamente a [cliente] dá... Dá um passo, não só no... No campo profissional, mas sobretudo no campo pessoal, familiar, e em relação àquela figura que era a figura principal, não é? Aqui no contexto da [cliente]. E aqui eu não estava à espera que já tivéssemos conseguido resultados. Achava que só os íamos ter quando eventualmente o irmão fosse um gatilho de trabalho em EMDR. (...) E não foi preciso, porque a [cliente] aí ganhou terreno. (...) Aconteceu antes do irmão (...) em si ser um gatilho, sem um objetivo de trabalho em EMDR.</p>	<p>Surpresa para a terapeuta: capacidade de transferir e de ver como transversal o impacto da crença nas diferentes esferas da vida; capacidade de detetar a sua origem em relação à figura do irmão.</p> <p>Redirecionamento autónomo por parte da cliente, reposicionando a figura do irmão no trabalho em EMDR.</p>	<p>Reações do terapeuta no processo: surpresa face ao progresso da cliente</p> <p>Processo de mudança da cliente: reposicionamento autónomo da figura do irmão no trabalho EMDR.</p>	<p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Expetativas de mudança</p> <p>Mudanças</p> <p>Processos psicológicos de mudança</p>
	T43	<p>A [cliente] era muito somática, era muito corpo... (...) E a sensação física era o que demorava mais tempo a dessensibilizar. (...) Mas era tudo muito dentro do mesmo episódio. E a [cliente], por acaso, nunca me fez um processamento onde desviasse. Era muito centrado ali e, de facto, muito corpo. (...) Mas sim, aí era sempre uma surpresa. A [cliente] era muito... Por acaso nem tinha pensado nisso... Mas a [cliente] era muito focada, sim.</p>	<p>Cliente como “somática”.</p> <p>Focada e centrada num mesmo episódio dentro do processamento: não desviava.</p>	<p>Características da cliente: muito somática e focada num mesmo episódio.</p> <p>Processo terapêutico: EMDR</p>	<p>Características da cliente</p> <p>EMDR</p>

Questão 3.3 – Na sua perspectiva, alguma das mudanças, expetáveis ou não da sua parte, poderiam ter acontecido sem terapia?	T44	Eu acho que eventualmente a [cliente] chegaria lá. Acho é que ia demorar bastante mais tempo [E: Hm...], não é? Se nós fossemos por uma abordagem cognitivo-comportamental mais tradicional, o tempo que demoraríamos a debater esta crença, a substituí-la, hm... Aqui não tenho dúvidas que levaria provavelmente o dobro ou triplo do tempo, se não mais, do que o EMDR.	Perceção sobre a cliente como capaz de atingir os resultados com o tempo: demoraria mais. EMDR como mais eficaz temporalmente do que a abordagem cognitivo-comportamental mais tradicional: mais tempo no debate e substituição desta crença sem o EMDR.	Processo de mudança: Tempo EMDR eficaz vs. Cognitivo-comportamental tradicional (mais tempo)	Expetativas de mudança Processo psicoterapêutico EMDR Tempo
Questões 4 a 6 – processo de análise similar à da cliente (numeração antes da resposta)	T45	^{4.1} Ainda estávamos aqui numa fase muito inicial e que a [cliente] estava a experimentar [maior assertividade] e a começar a ter resultados com isso, não é? (...) não acredito que fosse uma coisa que ela fosse perder (...) E sobretudo porque ia tendo reforço, obviamente, daquele comportamento e... E de tal maneira, acho que, se calhar, podemos tirar daqui a relação que sim, que ela mantém-se no estágio e não desistiu (...), que era uma das questões que trazia logo desde o início, não é?	Experimentação de maior assertividade por parte da cliente Resultados de maior assertividade como reforço à própria assertividade: associação com a permanência em estágio.	Estilo de <i>coping</i> mais assertivo Mudanças: a partir do reforço dos resultados de uma maior assertividade.	Mudanças Processo psicoterapêutico Processos psicológicos de mudança
	T46	^{4.1, 5.1, 5.3, 5.6} Quando nós acabámos por terminar o tal processamento em EMDR (...) a [cliente] chegou a conseguir estar no... Na mesma sala que o irmão, inclusivamente a conseguirem conversar sem que houvesse algum conflito.	Processamento em EMDR como permitindo à cliente estar em diálogo com o irmão sem conflito.	Mudanças: ausência de conflituosidade com irmão Processamento EMDR	Mudanças EMDR

	T47	4.1, 5.1, 5.6 Sim... Era fácil para ela [trabalhar dentro da metáfora da criança vs. adulta]... Era fácil sobretudo porque ela conseguia perceber esta questão de empoderamento da [cliente] adulta. De já não ser, de facto, aquela [cliente] pequenina. E aqui o EMDR traz-lhe essas imagens, não é? É o EMDR que traz isto, que traz a imagem da [cliente] pequenina a passear a dada altura e com o irmão a dizer-lhe determinadas coisas com as quais ela não conseguia lidar... E de facto, ela consegue depois... Surge aqui, um bocadinho por indução de uma própria técnica do EMDR, acaba por perceber que aquela [cliente] pequenina já não é tão indefesa e já não existe. Porque, de facto, quem está aqui no presente, no aqui e no agora, é uma [cliente] adulta e não aquela [cliente] pequenina e tão indefesa assim.	Trabalho terapêutico dentro da metáfora criança pequenina e indefesa vs. adulta empoderada EMDR como trazendo a imagem da criança pequenina, alvo dos comentários do irmão, e trabalhando essa imagem – quem está no presente é uma cliente adulta.	Terapia: Metáforas criança vs. adulta EMDR: imagem da criança, alvo de comentários, e transposição para o presente.	Processo psicoterapêutico EMDR
	T48	4.1, 5.1, 5.3, 5.6 [Perante a percepção das mudanças como expetáveis] Mas eu... Eu sou fã número 1 de EMDR. (...) E portanto, até hoje não vi o EMDR a não ser capaz de mudar estas coisas. E tinha, portanto, uma fé inabalável de que o EMDR iria conseguir alterar algumas destas coisas. (...) Tinha francas expetativas de que, de facto, o EMDR fosse capaz de alterar, sobretudo, esta questão das crenças irracionais que a [cliente] tinha. E que a ajudasse, de facto, nesta substituição.	EMDR como muito eficaz: fé inabalável/francas expetativas da capacidade de alteração e substituição das crenças irracionais da cliente.	Expetativas EMDR: eficaz <i>a priori</i>	Expetativas de mudança EMDR
	T49	4.1, 5.1, 5.3, 5.6 Ou seja, nós começámos a trabalhar aquela crença, conseguimos processá-la, de facto, mas rapidamente a [cliente] dá... Dá um passo, não só no... No... No campo profissional, mas sobretudo no campo pessoal, familiar e em relação àquela figura que era a figura principal, não é, aqui no contexto da [cliente]. E aqui eu não estava à espera que já tivéssemos conseguido resultados. Achava que só os íamos ter quando eventualmente o irmão fosse um gatilho de trabalho em EMDR.[E: Mm-hm.] Hm... E não foi preciso, porque a [cliente] aí ganhou terreno.	Trabalho terapêutico: processamento sobre a crença, com efeitos transversais e diretos sobre a perturbação associada à figura principal. Capacidade da cliente em direccionar eficazmente o trabalho interno e o foco da intervenção.	Intervenção terapêutica: processamento EMDR sobre a crença Características da cliente: autodirecionamento autónomo eficaz, percepção de uma transversalidade. Processo de mudança	EMDR Características da cliente Auto-consciencialização Processos psicológicos de mudança

	T50	<p>^{4,1}No caso da [cliente], acho que [a formação da cliente] foi uma mais-valia (...) No caso da [cliente]. Hm... São várias as vezes em que encontramos colegas em que é um obstáculo. Porque as pessoas têm tendência a querer ser psicólogos em causa própria, e aí não resulta muito bem [E: Uma trapalhada...] É. E depois, obviamente, não aceitam tão bem as sugestões. Aqui, a [cliente], apesar de... De se estar a formar em Psicologia, é muito novinha, ainda, não é? Portanto, tem muito pouca experiência, ainda... Portanto, está muito aberta, ainda, à terapia e ao lado do terapeuta. E consegue ainda encaixar-se no lugar de cliente, sem fazer a transposição para... E... O facto de ela conseguir perceber a linguagem, de perceber estas ligações entre crença-emoção-comportamento, <i>etcetera, etcetera</i>. Eu acho que facilitou no caso da [cliente] exatamente porque ela estava disponível para aceitar isso.</p>	<p>Formação da cliente como mais-valia.</p> <p>Formação costuma ser um obstáculo, mas aqui esteve positivamente associada a progresso na terapia: formação recente, à experiência profissional ainda reduzida e à idade.</p> <p>Apesar da formação, cliente aberta ao seu lugar de cliente, sem transposição. Compreensão fácil da linguagem e modelos inerentes à intervenção. Disponibilidade.</p>	<p>Características da cliente: disponibilidade e formação como mais valia</p> <p>Relação terapêutica: cliente como cliente</p>	<p>Características da cliente</p> <p>Relação terapêutica</p>
	T51	<p>^{4.1, 5.1, 5.6, 5.7} E aqui acho que [a formação da cliente] acelera um bocadinho [o progresso]... Lá está, o <i>insight</i> acelera aqui a... A progressão de semana para semana, de consulta para consulta, ou ela perceber que “Oh... ‘Pera lá... Afinal já consegui fazer isto e fiz aquilo e entretanto estive a pensar e percebi que isto também podia estar ligado assim e que eu posso fazer isto de outra forma”. Pronto... E também a curiosidade depois de ir ler e pesquisar. E ela própria fazer um trabalho de... De autoinvestigação nas áreas em que estávamos a trabalhar, sobretudo com as abordagens que estávamos: EMDR, <i>Mindfulness</i>... Portanto, a gente dá-lhe aqui uma... Uma alinhavadazinha, por exemplo, sobre <i>mindfulness</i> e ela pede logo uma data de referências [E. ri-se], vai ler e começa a aplicar.</p>	<p>Formação da cliente como permitindo acelerar o progresso, o processo e o <i>insight</i>.</p> <p>Curiosidade e investimento na compreensão e exploração dos moldes de intervenção (EMDR e <i>Mindfulness</i>)</p>	<p>Formação da cliente: catalisador de <i>insight</i> e progresso.</p> <p>Reação às abordagens utilizadas: curiosidade, investimento e exploração.</p>	<p>Características da cliente</p> <p>Mudanças</p> <p>EMDR <i>Mindfulness</i></p>

	T52	<p>^{4.1, 5.1, 5.3, 5.6} É EMDR [a que se devem as mudanças] (...)</p> <p>Claramente, e fora de brincadeiras, acho que o EMDR tem um poder, de facto, em termos de mudança na... Na... Na crença interna que é brutal, pronto. E a partir do momento em que conseguimos alterar ou pelo menos dessensibilizar... Hm... A intensidade que uma crença negativa sobre si próprio tem, é óbvio que vamos ter mudanças. Se eu não vejo desta forma, se eu já não me vejo assim, eu passo a acreditar que sou capaz de fazer de outra forma. E, portanto, eu vou correr atrás dessa forma com que faço, sim. E isso seria parte depois do trabalho em EMDR em que eu já me vejo capaz de o fazer. E, portanto, o EMDR, para mim, é uma questão-chave que acho que muda claramente a crença interna da [cliente] e que, portanto, que a permite fazer coisas de forma diferente.</p>	<p>EMDR como responsável pelas mudanças.</p> <p>EMDR como ferramenta poderosa na mudança sobre a crença interna, na dessensibilização ou alteração da intensidade de uma crença negativa.</p> <p>EMDR como desbloqueando um processo em que o cliente passa a acreditar que é capaz de fazer de outra forma e persegue essa forma.</p>	<p>Efeitos e potencialidades do EMDR: responsável pelas mudanças, ferramenta poderosa sobre a mudança na crença interna, na dessensibilização ou alteração da intensidade de uma crença negativa; desbloqueador de um processo de mudança.</p>	<p>EMDR</p> <p>Processos psicológicos de mudança</p>
	T53	<p>^{4.1, 5.1, 5.3, 5.7} O <i>Mindfulness</i> especificamente ajuda a [cliente] a ganhar... Hm... Consciência sobre a dimensão física sobretudo da ansiedade, que ela não a tinha. Hm... Aqui a... A tensão nos maxilares ou das mãos, e que ela ia percebendo e que começa obviamente a conseguir aplicar técnicas de relaxamento, de respiração, que lhe trazem algum bem-estar ao longo do dia. Que lhe permitem enfrentar uma situação que vai ser... Que sabe que vai ser um bocadinho mais ansiogénica.</p>	<p><i>Mindfulness</i> como ferramenta para consciencialização sobre a dimensão física da ansiedade: tensão nos maxilares ou mãos.</p> <p><i>Mindfulness</i> como permitindo aplicar técnicas de relaxamento e respiração: maior bem-estar; melhor <i>coping</i> face a estímulos ansiogénicos.</p>	<p>Potencialidades do <i>Mindfulness</i>: consciencialização da dimensão física da ansiedade; canalização de técnicas de relaxamento e respiração; maior bem-estar e <i>coping</i> mais eficaz</p>	<p><i>Mindfulness</i></p> <p>Processos psicológicos de mudança</p>

	T54	^{4.1, 5.1} Acho que a relação terapêutica também tem obviamente peso na mudança, porque a partir do momento em que a [cliente] confia e a partir do momento em que a [cliente] está disponível para... Para a relação, para o processo... Isso permite, de facto, começar a ver-se com outros olhos. E começar a perceber que há muitas coisas na história dela que contribuem para quem ela é... Hm... E isto... Isto é confiança que se deposita no terapeuta, não é? É acreditar que as pistas e as interpretações que eu estou aqui a atirar, que possam fazer sentido para ela. Hm... E a partir do momento em que ela confia que, eventualmente, eu estou aqui a dar um... Um... Um guião que faz sentido e que a ajuda a perceber-se... Hm... Faz com que ela se motive para a mudança também.	Relação terapêutica com peso da mudança. Confiança e disponibilidade para a relação e para o processo como fator que possibilita um olhar diferente sobre si e sobre os seus problemas. Confiança na figura do terapeuta e no seu desempenho: maior motivação para a mudança.	Relação terapêutica: fator de mudança Confiança Disponibilidade Motivação para a mudança: confiança no terapeuta.	Relação terapêutica Processo psicoterapêutico
	T55	^{4.1, 5.1} E depois eu acho que é... A própria vontade da [cliente] mudar [E: Mm-hm.]. Acho que isto é a questão de base... Hm... A própria vontade da [cliente] perceber que tem dificuldades e o querer, efetivamente, mudar. E isso é outra alavanca importante.	Motivação intrínseca da cliente para a mudança.	Motivação intrínseca para a mudança	Motivação para a terapia
	T56	^{6.1, 6.2} Acho que se calhar ela tinha mais obstáculos [nos contextos exteriores à terapia] do que propriamente... [E: Promotores de mudança, não é?] Sim... Porque ela em termos de estágio, ela tinha de facto muitos obstáculos, muitas dificuldades em conseguir, em agilizar. Porque era uma [instituição], porque tinha uma data de pessoas a quem responder, porque... Havia ali uma série de entraves que dificultavam o trabalho. Daí ela ter ficado tão aflita no início, não é? Hm... Daí a questão familiar, não era fácil, depois a morte da avó. Hm... Depois a relação com o companheiro também não era... Foi outra das coisas que a [cliente] trazia no início, mas que estava assim em segundo plano. A relação com o companheiro não estava muito fácil, porque ele era uma pessoa que tinha uma filha, portanto, ela estava com algumas dificuldades em lidar com isto. Com o espaço de cada uma na vida dele... Hm... E depois, surge uma outra pessoa do passado da [cliente] e, entretanto, após a morte da avó, ou seja... Há mais coisas a acontecerem para servirem de entrave, do que propriamente a ajudarem a que a [cliente]... Fluísse.	Acontecimentos e contextos exteriores à mudança como obstáculos ao progresso em terapia: dificuldades no estágio, contexto familiar, morte da avó, relação difícil com o companheiro, dificuldades em lidar com a filha do companheiro, contacto com uma pessoa do passado da cliente.	Fatores de agravamento ou descontinuidade: morte da avó Obstáculos ao progresso terapêutico: dificuldades no estágio, contexto familiar, morte da avó, relação difícil com o companheiro, relação psicológica difícil com a filha do companheiro, contacto com uma pessoa do passado da cliente	Acontecimentos negativos Contexto familiar Contexto profissional Contexto romântico/de intimidade Processo psicoterapêutico

	T57	<p>^{4.1, 5.1} (...) porque fomos conseguindo fechar consulta a consulta os episódios que estavam a ser processados, isto dava espaço para que a [cliente], de facto, quando vinha à consulta: “OK, agora está a acontecer isto e eu estou aqui atrapalhadíssima e estou a lidar muito mal e estou perdida...”. OK. Então vamos dar espaço para isto. Portanto, eu acho que não foi uma questão dela se adaptar às prioridades, eu é que me adaptei àquilo que ela me trazia. Sim... É óbvio que isto dificulta, porque não nos leva numa linha contínua de trabalho e deixa-nos fluir ao longo daquilo que é uma preocupação para a [cliente]. (...) Porque damos alívio imediato e damos-lhe ferramentas para lidar, de facto, com o que está a acontecer naquele momento. Mas atrasávamos o trabalho de base, que precisava de ser alterado, não é? E que se nós estivéssemos a trabalhar, na mesma, no... No trabalho de base, também daríamos ferramentas para que ela conseguisse lidar de forma diferente, não é? Mas OK... O trabalho de profundidade... Hm... Ficava ali um bocadinho sem razão de ser, porque a [cliente] precisava de estratégias para conseguir lidar naquele momento com a situação que estava a acontecer, não é?</p>	<p>Trabalho de EMDR consolidado em cada sessão como permitindo maior flexibilização das prioridades e focos de intervenção.</p> <p>Dificuldade das escolhas terapêuticas entre trabalho de base/aprofundado pelo EMDR e trabalho/desenvolvimento de competências sobre situações mais imediatas que perturbavam a cliente.</p>	<p>Flexibilidade terapêutica</p> <p>Decisões terapêuticas: trabalho de base pelo EMDR ou trabalho imediato sobre situações presentes</p>	<p>Processos psicológicos de mudança</p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p>EMDR</p>
	T58	<p>^{4.1, 6.1} É assim, a morte da avó, por exemplo, seria completamente impossível não nos focarmos nisso. (...) A [cliente] estava num luto profundo. Estava, de facto, com muitas dificuldades em lidar com a perda desta pessoa na vida dela. Não fazia qualquer sentido dizer: “Pronto, agora, olhe... Vamos lidar na mesma com outras questões e depois falamos sobre a morte da avó”, [E. ri-se] não é? Não seria possível. Este foi um tema que andou aqui em algumas sessões ainda presente.</p>	<p>Morte da avó como necessidade premente de atuação terapêutica e como ocupando algumas sessões.</p>	<p>Fatores de agravamento ou descontinuidade: morte da avó</p> <p>Flexibilidade terapêutica</p>	<p>Acontecimentos negativos</p> <p>Contexto familiar</p> <p>Processo psicoterapêutico</p>

	T59	<p>4.1, 5.1, 5.3, 5.6 O EMDR com a [cliente] foi usado no protocolo <i>standard</i>. Portanto, foi a identificação da dificuldade atual, da dificuldade atual partimos exatamente para a identificação da crença, das emoções, das sensações físicas, da imagem. E a [cliente], imediatamente, salta, de facto, para... Ela consegue aqui identificar muito bem a crença e consegue identificar muito bem os gatilhos originais; ou seja, os eventos do passado que eventualmente fizeram surgir aquela crença inicial. E é este protocolo que nós conseguimos trabalhar com ela. Não... Não chegámos a trabalhar o protocolo presente, nem futuro. Só trabalhámos o passado... [E: Passado...] Relativamente a uma crença que tinha dois ou três episódios associados. (...) Identificámos os acontecimentos onde aquela crença tinha estado presente [E: Sim...]. Sim? E que tinha contribuído então obviamente para a [cliente] ainda hoje a sentir como verdadeira.</p>	<p>EMDR em protocolo <i>standard</i>: identificação da dificuldade atual, identificação da crença associada, das emoções, das sensações físicas e da imagem, processamento,...</p> <p>Cliente como identificando muito bem a crença e os <i>triggers</i> (dois ou três eventos do passado que desenvolveram a crença inicial).</p> <p>Trabalho exclusivo em protocolo sobre passado; não houve protocolo presente, nem futuro.</p>	<p>Protocolo EMDR</p> <p>Progresso terapêutico: boa identificação da crença e episódios <i>trigger</i></p> <p>Terapia: trabalho sobre passado</p>	<p>EMDR</p> <p>Processo psicoterapêutico</p>
	T60	<p>4.1, 5.1, 5.3, 5.6 E: (...) Um episódio específico que trabalha desde o início ao fim da sessão... (T: Sim. Isso... Sim.) OK.</p> <p>T: E que normalmente tinha ali uma hora, uma hora e meia de processamento, normalmente. Ou seja, em objetivo, aquele episódio tinha um nível de perturbação subjetiva, de zero a dez, "X". E, portanto, tentávamos obviamente fechá-lo no zero. Normalmente, na [cliente], chegávamos aqui... Ao zero ou um. Houve um dos episódios, que era o primeiro, que passou para uma sessão seguinte, mas que depois conseguimos fechá-lo a zeros.</p>	<p>EMDR: processamento de uma hora/uma hora e meia sobre um episódio específico.</p> <p>Objetivo do processamento: fechar o episódio num nível de perturbação subjetiva de zero. Normalmente, a cliente chegava ao zero ou um.</p>	<p>Protocolo EMDR: processamento de episódio</p> <p>Progresso terapêutico: perturbação atingia nível zero ou um.</p>	<p>EMDR</p> <p>Mudanças</p> <p>Processo psicoterapêutico</p>

	T61	<p>4.1, 5.1, 5.3, 5.6 [Reagiu ao EMDR] Primeiro como quase todos: com uma curiosidade imensa, muito preocupada com aquilo que tinha de me dizer, não é? E a confundir tudo. E isto é uma coisa engraçada, porque mesmo com alguém em... Com formação... “‘Pera lá... Mas o que é que está a sentir e...?”. E confunde a emoção com a sensação corporal, com o pensamento, com não sei o quê... Hm... E depois, obviamente, vai-se habituando à linguagem e depois surge a surpresa do “(Expressão de surpresa) Como é que é possível? Mas... ‘Pera lá... Isto já não me está a perturbar... Como é que é possível? Mas eu agora já não vejo a imagem, mas eu agora já não quero saber o que é que as pessoas me disseram! Como é que é possível?”. Pronto. Surpresa absoluta.</p>	<p>Reação ao EMDR: curiosidade, preocupação na comunicação de informação, confusão entre emoção, sensação corporal e pensamento. Habituação gradual (tempo) à linguagem. Surpresa; eliminação da perturbação associada à imagem.</p>	<p>Reação ao EMDR: curiosidade, confusão, surpresa</p> <p>Tempo: Aprendizagem</p>	<p>EMDR</p> <p>Tempo</p>
--	-----	---	--	---	--------------------------

	T62	<p>4.1, 5.1, 5.2, 5.3, 5.6 [Relatando um episódio de progresso específico] Esta, por exemplo, a [cliente] tinha uma... Uma imagem de um comentário que uns amigos dos pais dela lhe fizeram acerca de... Da imagem corporal dela. Hm... E que era extremamente perturbador e que era... Lá está: ficou gravado. Ela era muito nova e, portanto, aquele comentário, que depois se foi repetindo ao longo dos anos e que ainda hoje em dia as pessoas fazem, esse comentário que é pela [cliente] ser uma pessoa muito magra... Ainda ressoava. (...) E, portanto, ela tinha aqui, obviamente, uma... Uma consciência muito alargada acerca da imagem e pronto. Hipervigilância. (...) E é engraçado, porque de facto ao longo do processamento dessa imagem, hm... A imagem... Hm... Escurece, desaparece... Da mente dela, não é? E... E ela consegue perceber que... Que não dá a mínima importância ao comentário que aquelas pessoas estavam a fazer. Que aquilo não perturba, que não chateia, que não faz nada. Que podiam ter dito aquilo, como podiam ter dito “o dia hoje está bonito”. E que, para ela, era exatamente igual. Hm... E aqui há logo ali a <i>touchstone</i>, não é? Ali mexe e mexe obviamente com os episódios que vêm a seguir e com as outras coisas que as outras pessoas lhe foram dizendo e ela aqui sente: “Agora as pessoas fazem comentários e eu até nem... Não sinto assim tanto”. Até houve um episódio qualquer, depois no funeral da avó, em que mais uma vez alguém lhe faz um comentário, e ela percebe que não atribui qualquer significado àquilo. Ou que fez um significado racional, ou seja, já não foi outra vez autodirecionar: “Eu estou muito magra, ‘tou muito mal e ‘tou não sei quê, e na-na-na, e porque sou feia e sou horrível e não sei quê mais... Mas! Claro que estou abatida, claro que estou magra, eu... Eu estou no funeral da minha avó... (...) Estou triste, não dormi... (...) É normal que esteja assim”. (...) Mas se calhar, se não tivéssemos trabalhado a crença, provavelmente ressoaria novamente nesta... Nesta autorreferenciação exagerada, não é?</p>	<p>Comentário acerca da imagem corporal por terceiros no passado: extremamente perturbador e ecoando ao longo do desenvolvimento; hipervigilância acerca da imagem e percepção dos outros desta.</p> <p>Processamento EMDR: imagem associada a este episódio vai escurecendo, “desaparece” da mente. Reperceção e desvalorização do comentário.</p> <p>Encadeamento dos efeitos do processamentos com outros episódios: atenuação da perturbação geral associada a este tipo de comentários.</p> <p>Atribuição de outros significados/Racionalização perante comentários recentes ao seu corpo no funeral da avó. Trabalho EMDR sobre a crença como impedindo aqui uma autorreferenciação exagerada.</p>	<p>História desenvolvimental: comentários sobre imagem corporal</p> <p>Imagem corporal: Hipervigilância</p> <p>Processamento EMDR Reperceção Desvalorização</p> <p>Efeitos do processamento: encadeamento de episódios / <i>Touchstone</i></p> <p>Integração de novos significados</p> <p>EMDR: mudança; impede autorreferenciação exagerada.</p>	<p>Problemáticas e/ou Diagnóstico</p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p>EMDR</p> <p>Processos psicológicos de mudança</p> <p>Mudanças</p>
--	-----	---	--	---	---

	T63	5.6, 5.7, 5.8 As pessoas ficam muito confusas, primeiro, com o processo EMDR. Depois... Não percebem muito bem como é que ele acontece. Depois... Confundem... Lá está, a questão da linguagem, não... Estão à espera. Perguntam muito: “Mas o que é que é suposto eu dizer...? O que é que...?”. Calma. Observe só. Observe. Daí ser muito interessante e importante o treino <i>mindfulness</i> antes, porque as pessoas aí aprendem, de facto, a distinguir um bocadinho o que é que é o pensamento, o que é que é a sensação física, o que é que é a emoção e de que forma estão a sentir tudo isto, não é? E a pensar. E aqui a [cliente] tinha esta confusão inicial, que depois começa a tentar perceber e começa, de facto, a conseguir corresponder.	Reação geral ao processo EMDR: confusão, imprecisão de linguagem. <i>Mindfulness</i> como permitindo a “calma”, o “observar”. Como permitindo a distinção entre pensamento, sensação física e emoção. Cliente começa a conseguir corresponder à linguagem correta a ser usada.	Reação ao EMDR: confusão, imprecisão de linguagem Potencialidades do <i>Mindfulness</i> : auto-observação; calma. Processo como requerendo aprendizagem	EMDR <i>Mindfulness</i> EMDR & <i>Mindfulness</i> Tempo
	T64	4.1, 5.1, 5.3, 5.6 E é a surpresa, pronto. Realmente... “Ah! Mas eu estava aqui a sentir uma coisa horrível e com o estômago super apertado e agora não sinto! Agora estou super relaxada... Espera... Agora ainda tenho aqui o pensamento e não sei quê. Ah! Agora já não consigo pensar nisso. Agora até estou a pensar noutra coisa qualquer...”. Pronto. E de facto, é uma coisa “Txanan!”.	Surpresa no EMDR: atenuação das sensações físicas e relaxamento. Modificação/Alteração do pensamento associado.	Reação ao EMDR: surpresa; relaxamento: componente física Mudanças: alteração de pensamento	EMDR Mudanças Processos psicológicos de mudança
	T65	4.1, 5.1, 5.7 [A propósito da introdução de <i>Mindfulness</i> no processo] Primeiro... Hm... Vá: foram as estratégias para ela aprender a regular alguma ansiedade, sim. Foram muito baseadas em pequenas meditações mais informais, até do <i>mindfulness</i> . Coisas mais simples, hm... E depois algumas das formais, como é óbvio. E sobretudo depois este treino quase de auto-observação, não é? De... De aprender a conhecer, e a perceber como é que... Como é que o corpo dela reagia a estas questões de ansiedade. Às situações que, para ela, eram mais perturbadoras. Para depois conseguirmos fazer a ponte para o EMDR.	<i>Mindfulness</i> : estratégias para regulação de ansiedade; meditações mais informais e simples do <i>mindfulness</i> ; meditações formais; treino de auto-observação. <i>Mindfulness</i> : auto-observação; aprendizagem de uma melhor perceção da manifestação da ansiedade no corpo – permite ponte melhor para o EMDR.	<i>Mindfulness</i> : meditações informais e formais Auto-observação	<i>Mindfulness</i> Auto-consciencialização

	T66	4.1, 5.1, 5.3, 5.7 [O <i>Mindfulness</i>] Foi muito mais inicial na [cliente]. Hm... À medida que íamos avançando, era, de facto, usada como ferramenta. “OK, traga-se para o aqui e para o agora. O que é que está a sentir? O que é que sente agora? Hm... O que é que nota? (...) Que pensamentos é que estão aí?”. Muito depois, no trabalho de luto, também em relação à avó. Porque a [cliente], obviamente, tinha tendência para ir ao passado buscar, obviamente, alguns episódios. Muito antecipada, sempre muito antecipatória, sempre, não é? Como boa ansiosa que é, sempre a antecipar cenários. “OK. Saia daí. Venha para aqui e para o agora. Sinta. Esqueça. Note o que está a acontecer”. E aqui... Isto ia-lhe servindo, de facto, como... Como estratégias para utilizar no dia-a-dia, que aí acho que a [cliente] conseguiu usar muito bem e de formas muito úteis, isso sim.	<i>Mindfulness</i> utilizado muito mais inicialmente na cliente e utilizado como ferramenta ao longo do processo: “aqui e agora”, auto-observação. <i>Mindfulness</i> utilizado no trabalho de luto da avó de forma a atuar sobre a tendência de focalização excessiva no passado. Atuando sobre a antecipação. <i>Mindfulness</i> como estratégia para o dia-a-dia que a cliente utilizou “muito bem e de formas muito úteis”.	<i>Mindfulness</i> : ferramenta inicial e ao longo do processo. <i>Mindfulness</i> sobre o trabalho de luto. Focalização no passado Antecipação Auto-observação Contexto extra-terapia: recurso ao <i>Mindfulness</i>	<i>Mindfulness</i> Processos psicológicos de mudança Auto-consciencialização Processo psicoterapêutico Contexto extra-terapia
	T67	4.1, 5.1, 5.7 E: Nessa medida, acha que a favoreceu, o <i>Mindfulness</i> ? [T: Sim...] (...) E ajudava a trazê-la para aqui... T: A trazê-la para o presente, para aqui. Sim. Para ela sair dos quadros mais catastróficos que tinha... Tinha tendência para fazer, em termos de futuro.	<i>Mindfulness</i> : trazia a cliente para o presente. <i>Mindfulness</i> como intervindo eficazmente sobre a catastrofização e antecipação (futuro)	Efeitos do <i>Mindfulness</i> : foco no presente <i>Mindfulness</i> sobre a catastrofização e antecipação	<i>Mindfulness</i> Processos psicológicos de mudança
	T68	5.7 Foi logo no início [a introdução de <i>Mindfulness</i>], sim. Logo nas primeiras sessões, sim.	<i>Mindfulness</i> introduzido nas primeiras sessões.	<i>Mindfulness</i> na terapia numa fase inicial	<i>Mindfulness</i> Processo psicoterapêutico
	T69	4.1, 5.1, 5.7 [A cliente] Não conhecia [<i>mindfulness</i>]. A [cliente] não estava... Não estava em contacto com <i>mindfulness</i> . Não causou tanta surpresa quanto... Quanto o EMDR, mas... Mas... Mas achou, de alguma forma, curioso e simples de aplicar. Portanto, acho que por aí foi importante, porque, de facto, ela começou a aplicar, não é? E eu tivesse dado estratégias muito complicadas, obviamente que ela não... Não... Não as aplicaria.	Cliente sem contacto com <i>Mindfulness</i> . Não causou tanta surpresa quando o EMDR. <i>Mindfulness</i> perspetivado como curioso e simples de aplicar. Se mais complicado, cliente não aplicaria.	Reação ao <i>Mindfulness</i> : sem contacto prévio; curiosidade; simples. Simplicidade como fator de adesão terapêutica.	<i>Mindfulness</i>

	T70	4.1, 5.1, 5.3, 5.5 Não [reagiu mal a qualquer das abordagens]. (...) Não, porque mais uma vez temos aqui a curiosidade profissional também a trabalhar, provavelmente, não é? Hm... E lá está, a disponibilidade para... E, vá lá... Nós não chegámos também aos... Aos acontecimentos mais traumáticos. (...) Havia ali alguns acontecimentos mais traumáticos, na minha opinião, que podiam ter despoletado algum mal-estar maior, durante a sessão, na qual ela até pudesse ficar perturbada nos dias seguintes.	Ausência de reações negativas a <i>Mindfulness</i> ou EMDR justificadas pela curiosidade profissional e pela disponibilidade; mas também por um trabalho que não se acercou de alguns acontecimentos mais traumáticos e potencialmente desencadeantes de mal-estar.	Reações positivas às abordagens Curiosidade profissional Disponibilidade Não-foco nos traumas de maior severidade	<i>Mindfulness</i> EMDR Motivação para a terapia Processo psicoterapêutico
	T71	4.1, 5.1, 5.3, 5.6 A [cliente] (...) mantinha-se muito no episódio [durante o processamento EMDR]. (...) A [cliente] era muito somática, era muito corpo. Portanto, era o tempo que nós demorávamos mais. Em termos de imagem mental, por exemplo, a [cliente]... Havia um progresso relativamente célere. Hm... O pensamento também, a emoção e a... A... E a sensação física era o que demorava mais tempo a dessensibilizar. E a [cliente] é extremamente somática. Portanto, havia ali, tipo: e agora era na barriga e depois, agora é aqui na garganta, e da garganta para a barriga, e da barriga para a garganta, e da garganta para a barriga e estávamos ali imenso tempo a tentar desbloquear aquilo, até que finalmente a coisa ia... (riem-se) [E: Sim...] Sim... Mas era tudo muito dentro do episódio. E a [cliente], por acaso, nunca me fez um processamento onde desviasse. Era muito centrado ali e, de facto, muito corpo. Muito corpo. E era isso que demorava mais tempo a dessensibilizar.	Processamento EMDR muito focado e centrado no episódio por parte da cliente. Cliente em EMDR: muito somática, muito corpo. Progresso célere em termos de processamento de imagem mental, pensamento e emoção, mas maior tempo de dessensibilização necessário na componente somática.	Características da cliente: foco e concentração num episódio Processamento EMDR: progresso célere, menos nas sensações físicas Componente física/somática	Características da cliente EMDR Mudanças

	T72	<p>^{5.3, 5.6} Mas há clientes que patinam por todo o lado e que o cérebro faz associações, às vezes, extraordinárias. E que conseguem ir buscar, num mesmo procedimento, ou para um episódio que se abre e vão buscar... Dezenas de episódios diferentes e que, depois, de repente, quando paramos e percebemos os outros episódios todos que tinham identificado, já estão limpos. Porque o cérebro fez, de facto... A rede neuronal nota-se que está ali completamente ligada, não é? (...) Há outros que saltam completamente e que tornam difícil (...) E depois não dá para perceber muito bem para onde é que o cérebro está a querer caminhar... Hm... Ou para onde o cliente está a deixar que a coisa flua, não é? Hm... Mas sim, aí era sempre uma surpresa. A [cliente] era muito... Por acaso nem tinha pensado nisso... Mas a [cliente] era muito focada, sim.</p>	<p>Comentário sobre clientes que fazem associações complexas e “extraordinárias”, encadeando diferentes episódios e “limpando-os” de uma vez. Rede neuronal “completamente ligada”. Outros clientes com processamento mais difícil, que impedem naturalmente a fluidez do processo. Cliente valorizada como “muito focada”.</p>	<p>Perspetiva do terapeuta sobre EMDR: potencialidades do EMDR, processos diferentes em função dos clientes.</p> <p>Cliente em processamento EMDR: surpresa pelo foco.</p>	<p>EMDR</p> <p>Características da cliente</p>
	T73	<p>^{4.1, 5.1, 5.3, 5.6} Aí é sempre o processamento normal, não é? A estimulação longa... (...) Hm... E depois, lá está, porque depois a [cliente] mudava muito rapidamente. A imagem mudava muito rapidamente, o pensamento mudava mais rapidamente e depois era muito corpo. Depois o corpo é que demorava ali. E note, mais uma vez – e vem ao encontro da bibliografia – mais ansiosa, somatiza e, portanto, estava todo gravado na memória dela e, de facto, muito somática. [E: Estava no corpo...] Estava. E ali é que demorava mais tempo, e ia tendo que alterar um bocadinho tanto estimulação visual como ia para a estimulação tátil, para tentar desbloquear... Hm... Fazermos aqui os entrelaçamentos. Pronto, tentar criar algum... Alguma ligação no corpo, ou seja, entre uma zona do corpo que está relaxada, por exemplo, ou que está neutra, pelo menos. E que ela conseguisse levar essa neutralidade ou esse relaxamento até uma zona do corpo... Hm... Que está mais perturbada. Pronto. E aí a coisa ia desbloqueando. (...) No corpo, ficava muito tempo ali, até a coisa desbloquear. E, portanto, precisávamos, sim, desses entrelaçamentos.</p>	<p>Processamento EMDR: estimulação longa, resposta positiva da cliente – imagem e pensamento mudavam muito rapidamente.</p> <p>Corpo como demorando mais: somatização da ansiedade. Necessidade de alternância entre estimulação visual e tátil para desbloquear o processo. Necessidade de entrelaçamentos para desbloquear: ligação entre zonas do corpo relaxadas ou neutras e zonas perturbadas. Desbloqueamento gradual a partir dessas estratégias.</p>	<p>Processamento EMDR: estimulação longa e resultado rápidos e positivos.</p> <p>Cliente em processamento: rápida, à exceção da componente somática.</p> <p>Componente somática no EMDR: solução através da alternância entre estimulação visual/tátil e entrelaçamentos</p>	<p>EMDR</p> <p>Características da cliente</p> <p>Processo psicoterapêutico</p>

	T74	<p>^{5.8}Eu acho que, sobretudo, se nós pegarmos na máxima do <i>Mindfulness</i> do “traga-se para aqui e para o agora”, isto ajuda ao processo e... Ou seja, toda a aprendizagem que o cliente faz na auto-observação do aqui e do agora... (...) É... Pertinente, de facto, para o processo EMDR em si, em que medida? Porque obviamente ajuda a este... A esta... Esta observação, não é? Quando nós terminamos e: “Agora o que nota? Em que repara?”. É quando as pessoas ficam completamente perdidas, tipo: “Em que é que eu noto? Em que é que repara? (...) Mas como assim?”. E quando fazemos um treino <i>mindfulness</i> antes, nem que seja uma coisa muito simples, só um... Um... De facto, um exercício onde eu aprendo a estar com a minha respiração e onde aprendo a notar o que eu estou a sentir no meu corpo, onde aprendo a notar o que estou a pensar e de que forma eu me estou a relacionar com estes pensamentos... Nem que seja assim uma coisa muito simples. Mas isto ajuda a que as pessoas entrem na linguagem EMDR. E quando eu, de facto, termino e pergunto: “OK, e agora o que é que nota?”, as pessoas identificam muito mais facilmente se é uma imagem, se é um pensamento, se é uma sensação física, se é uma emoção. E aprendem a... A... A atribuir os nomes corretos, os vocábulos corretos, não é? A nomear de forma mais adequada aquilo que estavam, de facto, a experienciar. Aqui, eu acho que há uma aliança EMDR-<i>Mindfulness</i> muito positiva, sem dúvida.</p>	<p>Integração entre <i>Mindfulness</i> e EMDR: a máxima do “traga-se para aqui e para o agora” ajuda ao processo.</p> <p><i>Mindfulness</i> desenvolve a capacidade de auto-observação no aqui e no agora, pertinente para o processo EMDR (“O que é que nota agora”).</p> <p>Treino <i>Mindfulness</i> otimiza o contacto com a respiração, a relação entre corpo e pensamento, a relação entre pensamentos e facilita a entrada na linguagem EMDR.</p> <p><i>Mindfulness</i> como melhorando a identificação e diferenciação entre imagem, pensamento, sensação física e emoção. Domínio do vocabulário correto e da comunicação da experiência interna.</p>	<p>Integração entre <i>Mindfulness</i> e EMDR: aqui e agora</p> <p><i>Mindfulness</i>: auto-observação pertinente para EMDR.</p> <p>Potencialidades e efeitos do <i>Mindfulness</i>: otimização do contacto com a respiração, da relação entre corpo e pensamento, a relação entre pensamentos; facilitação da entrada na linguagem EMDR; diferenciação de sensações e conteúdos mentais.</p> <p>EMDR: Linguagem</p>	<p>EMDR & <i>Mindfulness</i></p> <p>Auto-consciencialização</p> <p>Tempo</p>
--	-----	--	--	--	--

	T75	^{5.8} E eventualmente, a potenciação do lugar... Do lugar seguro. Por exemplo, lá está, as pessoas, tendo um bocadinho, outra vez, mais o treino de notarem... Noção de... OK: Conseguem potenciar mais uma vez este lugar seguro, que é logo a primeira... Não é... Do protocolo EMDR. Porque obviamente conseguem, ou pelo menos focar na sensação positiva, na emoção positiva, na imagem positiva e, portanto, aqui nós ganhamos espaço, para quando estamos a instalar o lugar seguro com o EMDR aquilo ter uma potência, uma intensidade bastante maior, não é?	<i>Mindfulness</i> como potenciando o lugar seguro do EMDR. Permite um foco otimizado na sensação física, na emoção positiva e na imagem positiva. <i>Mindfulness</i> potencia a intensidade do lugar seguro na sua instalação com o EMDR.	Potencialidades de <i>Mindfulness</i> no EMDR: potenciação do lugar seguro; otimização do foco na sensação física, na emoção positiva e na imagem positiva.	EMDR & <i>Mindfulness</i>
	T76	^{5.8} Se eventualmente eu tiver algum cliente que... Que num... Hm... Episódio, de facto, mais traumático, mais perturbador, foque demasiado... Na sensação física, por exemplo... Hm... Ou na emoção... Vai-me dar muito mais trabalho a desbloquear aquilo (suspiro).	Possibilidade de integração contraproducente: na eventualidade de um cliente que foque demasiado um episódio mais traumático/mais perturbador, ao nível da sensação física ou da emoção, o trabalho de desbloqueamento é muito maior.	Foco excessivo na sensação a partir de <i>Mindfulness</i> : maior dificuldade de desbloqueamento no EMDR.	EMDR & <i>Mindfulness</i>

	T77	<p>^{5.8}E: O problema das boas ferramentas, não é? São poderosas para os dois lados.</p> <p>T: Sim, para os dois lados... E aí vai, obviamente, dar-me muito mais trabalho a conseguir dessensibilizar e a conseguir fazer com que o cérebro avance. Lá está, temos os entrelaçamentos, temos as metáforas que podemos utilizar para ajudar o cliente a distanciar. Mas se, de facto, aquele cliente também estiver tão treinado em focar ali e depois fica ali... Repare: alguém que foque numa taquicardia... O perigo de aqui me começar a entrar quase num ataque de pânico, não é? Estou a sentir o coração a bombar, estou a sentir isto, e isto não passa... E eu, entretanto, já começo a entrar com falta de ar... (inspira profundamente) Vá, eu tenho que o tirar daí, não é? E, portanto, aqui pode ter este risco, sim.</p>	<p><i>Mindfulness</i> como ferramenta poderosa no sentido igualmente positivo e negativo: dificulta a dessensibilização e processamento perante um foco excessivo.</p> <p>Entrelaçamentos e metáforas como potenciando o distanciamento e atenuando potenciais efeitos negativos de <i>mindfulness</i>.</p> <p><i>Mindfulness</i> como podendo potenciar as sensações físicas negativas (e.g., taquicardia) e desencadear eventos negativos (e.g., ataque de pânico). Focalização excessiva/Hipervigilância é um risco de <i>mindfulness</i>.</p>	<p><i>Mindfulness</i> como igualmente positivo e negativo</p> <p><i>Mindfulness</i> como podendo dificultar a dessensibilização e processamento perante foco excessivo.</p> <p>Entrelaçamentos e metáforas: distanciamento e soluções para efeitos negativos de <i>Mindfulness</i> sobre EMDR</p>	EMDR & <i>Mindfulness</i>
	T78	<p>^{5.8}Acho que não tenho a experiência que me possa dizer que está diretamente associada a um treino <i>mindfulness</i>, que se calhar tem mais a ver com características do cliente... Mas... Aí, se calhar, seria preciso haver um trabalho <i>mindfulness</i> mais... Mais... Mais longo (...) e mais profundo, no sentido não só do foco no que estou a sentir, mas depois na criação da distância, da distanciação e de... Da regulação emocional, <i>etcetera</i>. E que às vezes, aí... Quando nós queremos trabalhar em EMDR, porque sabemos que aquilo é uma ferramenta mais eficaz e mais rápida, se calhar aqui já não fazemos tanto este treino tão prolongado de <i>mindfulness</i>. E se calhar para as coisas resultarem, se calhar dou um tiro no <i>mindfulness</i> e avanço rapidamente para o EMDR.</p>	<p>Treino <i>Mindfulness</i> mais consistente e consolidado como solução possível para um domínio do foco na sensação, mas posteriormente, no distanciamento e regulação emocional.</p> <p>Uma opção pela eficácia e rapidez do EMDR pode delegar para segundo plano (ou retirar mesmo dos moldes de intervenção) um treino de <i>mindfulness</i>.</p>	<p>Soluções para efeitos negativos de <i>Mindfulness</i> sobre EMDR: treino mais consistente e consolidado permite distanciamento e regulação emocional.</p> <p>Escolhas/opções terapêuticas: eficácia do EMDR</p>	EMDR & <i>Mindfulness</i> Processos psicológicos de mudança

	T79	<p>^{5.8}E: E é uma questão de equilíbrio, não é? Que... Cabe decidir... Estava a dizer em função de si, como terapeuta, mas também em função do cliente... Não é?</p> <p>T: Sim... Em função do cliente, sim. No que eu consigo perceber o que será, eventualmente, mais útil. Há pessoas em que percebo que não posso entrar com EMDR de imediato. E que, de facto, se calhar vou muitas mais vezes pelo <i>mindfulness</i> dar-lhes outro tipo de ferramentas. Há clientes onde percebo que não quero perder tempo, entre aspas o perder, mas não quero e que quero entrar mesmo em EMDR. E aí, de facto, não... Não... Não vou buscar nada ao <i>mindfulness</i> e entro logo com o protocolo normal (...)</p>	<p>Decisão e intencionalidade terapêutica entre EMDR e <i>Mindfulness</i>: em função do cliente e do que se antecipa mais eficaz para o cliente.</p> <p><i>Mindfulness</i> como potenciando outro tipo de ferramentas, mas mais lento. EMDR como abordagem mais direta.</p>	<p>Escolhas e opções terapêuticas: em função da expectativa de eficácia em determinado cliente</p> <p><i>Mindfulness</i> potencia outras ferramentas mas mais lento vs. EMDR mais direto.</p>	<p>EMDR & <i>Mindfulness</i></p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Terapeuta</p>
	T80	<p>^{5.8}Depende um bocadinho do diagnóstico, ou seja, também da problemática que me trazem. Depende do tipo de recursos que têm, OK? Um cliente que não tem recursos nenhuns, positivos... Hm... Provavelmente, eu prefiro avançar logo para o EMDR. Um cliente que já me traz alguns recursos positivos, seja eles quais forem, se calhar, eu tenho mais tempo para intervir e para potenciar esses recursos positivos. (...) Quando tenho alguém que não consegue identificar um lugar seguro, por exemplo... Hm... Isto preocupa, sim. Porque eu não tenho, propriamente, onde focar esta pessoa em algo positivo, que lhe dê prazer, que lhe dê uma sensação de tranquilidade, de calma. Hm... E portanto, eu não vou querer estar a prolongar muito esta pessoa que constantemente me diz: “Eu não tenho ninguém na minha vida, eu não tenho nada na minha vida...”. OK. Então... Espera lá: então vamos rapidamente ao fundo da questão. Hm... Mas isto é uma opção minha como terapeuta. Porque eu consigo perceber que, se calhar, se eu fosse pelo <i>mindfulness</i>, eu dava-lhe na mesma ferramentas, etcetera, etcetera. Mas isto tem a ver com uma opção minha em termos de eficácia, de rapidez do processo.</p>	<p>Decisão e intencionalidade terapêutica entre EMDR e <i>Mindfulness</i>: em função da problemática, do diagnóstico, do tipo de recursos que têm.</p> <p>Perante ausência de recursos positivos: EMDR; Alguns recursos positivos: mais tempo para intervenção e potenciação (inclusão de <i>Mindfulness</i>).</p> <p>Preocupante a não identificação de lugar seguro: diretamente para EMDR.</p> <p><i>Mindfulness</i> como igualmente capaz de desenvolver ferramentas. Opção pessoal em termos de eficácia e rapidez.</p>	<p>Escolhas e opções terapêuticas: em função da problemática, diagnóstico e recursos do cliente</p> <p><i>Mindfulness</i> vs. EMDR: em função dos recursos e do tempo.</p> <p>Lugar seguro: fator decisivo para escolha de EMDR.</p> <p>Eficácia: perspectiva da terapeuta</p>	<p>EMDR & <i>Mindfulness</i></p> <p>Terapeuta</p>

<p>Questão 7.1 – Como descreveria, de uma forma geral, a sua cliente? Em sobreposição com Questão 7.2 – Como foi ter a cliente em terapia consigo?</p>	T81	<p>Foi muito positivo. Lá está, a [cliente] é uma pessoa muito disponível para a psicoterapia, cheia de vontade de fazer melhor, de ser melhor, de crescer, de se perceber. E isso é muito gratificante. E depois, é uma miúda muito comunicativa, muito simpática, muito querida.. E, portanto, facilita-nos muito o trabalho.</p>	<p>Cliente: muito disponível para psicoterapia, vontade de ser e fazer melhor, de crescer, de se perceber; comunicativa, muito simpática, muito querida.</p> <p>Positivo e gratificante ter a cliente em terapia. Facilita o trabalho.</p>	<p>Características da cliente: disponível, motivada, aberta ao autoconhecimento e à mudança; comunicativa, simpática, querida.</p> <p>Processo terapêutico: facilitado pela cliente.</p> <p>Relação terapêutica: positiva; gratificante</p>	<p>Características da cliente</p> <p>Motivação para a terapia</p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Relação terapêutica</p>
	T82	<p>Era muito fácil [ter a cliente em terapia]. Não... Muito fácil. Lá está: a [cliente] estava disponível. Portanto, ela trazia de uma forma muito aberta o que quer trabalhar, o que queria trazer para a sessão, que dificuldades estava a sentir, como tinha sido a semana... Nisso, a [cliente] foi uma cliente muito simples.</p>	<p>Muito fácil e simples ter a cliente em terapia.</p> <p>Disponibilidade da cliente. Cliente traz de forma aberta o que quer trabalhar.</p>	<p>Características da cliente: disponibilidade</p> <p>Processo terapêutico: cliente autónoma</p> <p>Relação terapêutica: fácil, simples, aberta.</p>	<p>Características da cliente</p> <p>Relação terapêutica</p> <p>Processo psicoterapêutico</p>
<p>Questão 7.5 – Como se define como terapeuta? Em que modelo(s) de intervenção psicológica se inclui?</p>	T83	<p>Mas eu... Sou fã número 1 de EMDR (...) E, portanto, até hoje não vi o EMDR a não ser capaz de mudar estas coisas. E tinha, portanto, uma fé inabalável de que o EMDR iria conseguir alterar algumas destas coisas (...).</p>	<p>Valorização acentuada do EMDR: fé inabalável na sua eficácia.</p>	<p>Relação da terapeuta com EMDR: expectativa de eficácia</p>	<p>Expectativa de mudança</p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p>
	T84	<p>E: (...) eu pressuponho que tenha tido contacto com o EMDR depois da sua formação, não é? T: Sim... Sim, sim, sim. Bastante depois. E: Mas se tivesse que falar agora sobre qual é a sua orientação a nível de terapia, sendo que o EMDR tem muito peso... T: Tem muito peso, tem muito peso, tem muito peso... (riem-se). Eu uso... E nós fizemos para (...) investigação (...) Fiz exatamente essa questão aos colegas: “Em que percentagem dos seus casos utiliza o EMDR?”. E eu estou acima dos 85%, claramente.</p>	<p>EMDR surge depois da formação académica.</p> <p>EMDR com muito peso na orientação do modelo de intervenção: utiliza EMDR em mais de 85% dos casos.</p>	<p>Relação da terapeuta com EMDR: formação após formação académica; recurso em 85% dos seus casos.</p>	<p>Terapeuta</p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p>

	T85	<p>E: Mas por algum motivo? O que é que vê no EMDR que não...?</p> <p>T: A eficácia, desde logo. E porque em termos teóricos, eu acho que o EMDR para já se encaixa perfeitamente na cognitivo-comportamental que é a minha formação de base. E o EMDR, para mim, é quase instintivo. A teoria para mim é muito clara. Nem consigo explicar bem isto. É quase uma coisa intrínseca. É eu olhar para ali e eu perceber como a coisa funciona e identificar-me claramente com aquilo. E depois no cliente, isto depois é muito curioso... O cliente está aqui nas primeiras consultas, e estamos a explorar a história de vida e estamos a explorar as dificuldades atuais que quer resolver e a minha cabeça faz um puzzle EMDR. (...) Faz logo um mapa e eu consigo ler aquela pessoa pela abordagem EMDR.</p>	<p>EMDR como eficaz.</p> <p>EMDR como encaixando “perfeitamente” no modelo cognitivo-comportamental (formação de base).</p> <p>EMDR como quase instintivo: teoria muito clara. Permite à terapeuta traçar logo um percurso de intervenção pela abordagem EMDR a partir das primeiras consultas e da exploração da história de vida.</p>	<p>Eficácia de EMDR</p> <p>Relação da terapeuta com EMDR: integra-se na formação de base (cognitivo-comportamental); instintivo; teoria clara; permite traçar plano de intervenção em EMDR a partir das primeiras sessões.</p>	<p>Expetativa de mudança</p> <p>EMDR</p> <p>Terapeuta</p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p>
	T86	<p>E, portanto, muito, muito, muito raramente não encontro motivos para não ser EMDR. Porquê? (...) Porque, de facto, muitas vezes em termos atuais, há dificuldades que estão presas, de facto, ao passado. Muitas vezes ligadas a crenças irracionais que nós criamos quando éramos criancinhas e não tínhamos ainda poder de abstração e de raciocínio lógico sobre as coisas que as figuras de autoridade nos diziam e isto é EMDR.</p>	<p>EMDR como solução muito frequente e raramente não utilizada, devido à frequência com que as dificuldades dos clientes se prendem a crenças irracionais desenvolvidas enquanto crianças (ausência de poder de abstração e raciocínio lógico na infância para fazer face aos comportamentos das figuras de autoridade)</p>	<p>Eficácia do EMDR: opção terapêutica muito frequente</p> <p>Relação da terapeuta com EMDR: proximidade e pertinência da abordagem</p>	<p>Expetativa de mudança</p> <p>EMDR</p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p>

	T87	<p>E: De alguma forma pensa que o EMDR pegou naquilo que outras coisas têm de melhor e otimizou, por assim dizer? Quase parece uma solução...</p> <p>T: Não. Eu acho que o EMDR teve uma visão diferente sobre a questão. Ou seja, nós não olhamos para a infância como algo patológico, não olhamos... Hm... Como fonte só de todos os problemas, não é isso. Mas eu acho que aliou aqui a questão das abordagens mais teóricas com a questão da praticabilidade do cérebro e do trabalho que o nosso cérebro pode fazer.</p> <p>E: No sentido moderno, não é?</p> <p>T: Sim. Utilizou a fisiologia, vá.</p>	<p>EMDR como trazendo uma visão diferente para a psicologia: a infância não é algo patológico, não é fonte exclusiva dos problemas.</p> <p>EMDR como aliança entre abordagens mais teóricas e praticabilidade/fisiologia do funcionamento cerebral.</p>	<p>EMDR: visão diferente; infância não é fonte exclusiva dos problemas</p> <p>Potencialidades do EMDR: aliança entre abordagens teóricas e psicofisiologia</p>	<p>EMDR</p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p>
<p>Questão 7.6 – De que forma acha que o desempenho como terapeuta foi influenciado pelo EMDR?</p>	T88	<p>E tinha, portanto, uma fé inabalável de que o EMDR iria conseguir alterar algumas destas coisas. (...) Tinha francas expectativas que, de facto, o EMDR fosse capaz de alterar sobretudo esta questão das crenças irracionais que a [cliente] tinha. E que a ajudasse, de facto, nesta substituição.</p>	<p>Expectativa marcada de eficácia na alteração e substituição das crenças irracionais da cliente.</p>	<p>Expectativa de eficácia: alteração e substituição de crenças irracionais da cliente</p> <p>Relação da terapeuta com EMDR: “fé inabalável”</p>	<p>Expectativas de mudança</p> <p>EMDR</p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p>

	T89	<p>E: (...) teve dificuldade em... Em focar o que era prioridade para ela [cliente]?</p> <p>T: (...) Aqui, muito honestamente, não, porque eu também lhe dei espaço para, não é? Ou seja, de facto aquilo que a [cliente] me trazia como prioritário, dei espaço para que pudesse ser o alvo da intervenção. [E: Mm-hm.] Mesmo tendo a noção de que estávamos num processo que ia ser avaliado, por exemplo, não é? Aqui a minha preocupação foi o não fazer de uma forma diferente o que eu faria noutra situação qualquer. (...) se de facto a cliente me traz algo que naquela semana está a ser muito perturbador para ela, e se isso não tem implicação no processo, no trabalho de EMDR que estamos a fazer... Por exemplo, se tivéssemos um episódio aberto e que estava a ser perturbador para ela, era óbvio que tinha de lhe dizer: “OK, [cliente], não. Então agora temos mesmo que ir fechar este episódio que te está a perturbar e só depois é que podemos ir a esse episódio que a está a perturbar neste momento”. Como isso não aconteceu, porque fomos conseguindo fechar consulta a consulta os episódios que estavam a ser processados, isto dava espaço para que a [cliente], de facto, quando vinha à consulta: “OK, agora está a acontecer isto e eu estou aqui atrapalhadíssima e estou a lidar muito mal e estou perdida...”. OK. Então vamos dar espaço para isto. Portanto, eu acho que não foi uma questão dela se adaptar às prioridades, eu é que me adaptei àquilo que ela me trazia. (...) É óbvio que isto dificulta, porque não nos leva numa linha contínua de trabalho e deixa-nos fluir ao longo daquilo que é uma preocupação para a [cliente].</p>	<p>Flexibilização das necessidades terapêuticas: espaço para os conteúdos prioritários da cliente.</p> <p>Impacto da observação e avaliação externa do processo: preocupação em não fazer de forma diferente do que normalmente faria; prioridade para as necessidades da cliente, independentemente de recurso ou não ao EMDR.</p> <p>EMDR apenas assume prioridade perante um episódio aberto.</p> <p>Adaptação da terapeuta às prioridades da cliente e não ao contrário: dificulta a linha contínua do trabalho, mas permite a fluidez do processo ao longo das problemáticas concretas da cliente.</p>	<p>Flexibilidade terapêutica: adaptação às prioridades da cliente</p> <p>Intervenção em função das necessidades da cliente: dificulta trabalho contínuo, mas fluidez do processo ao longo das problemáticas trazidas pela cliente.</p> <p>Impacto da investigação: preocupação em manter os moldes habituais de atuação; prioridade sobre a cliente;</p>	<p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Relação terapêutica</p> <p>EMDR</p>
--	-----	---	---	--	---

	T90	<p>Eu vou tentando balizar um bocadinho com os clientes. Vou pondo-os a par e deixo que eles partilhem da decisão [entre dar prioridade a um trabalho de fundo ou a acontecimentos mais imediatos]. O que é que querem fazer naquele momento. Mas que para nós deste lado, às vezes é complicado. (...) E perceber: “É pá... Eu gostava tanto de ir por ali e agora, porque é que isto aconteceu!”.</p>	<p>Comunicação aberta com os clientes sobre os objetivos da sessão e do processo. Poder de escolha colocado sobre o cliente. Regulação interna do terapeuta acerca das expetativas e objetivos pessoais para o processo.</p>	<p>Relação terapêutica em geral: comunicação aberta sobre objetivos da sessão e processo.</p> <p>Cliente: poder de escolha.</p> <p>Reações do terapeuta ao processo: regulação interna sobre expetativas</p>	<p>Relação terapêutica</p> <p>Terapeuta</p> <p>Processo psicoterapêutico</p>
	T91	<p>T: Quando nós queremos trabalhar em EMDR, porque sabemos que aquilo é uma ferramenta mais eficaz e mais rápida, se calhar aqui já não fazemos tanto este treino prolongado de <i>mindfulness</i>. E se calhar, para as coisas resultarem, se calhar dou um tiro no <i>mindfulness</i> e avanço rapidamente para o EMDR.</p> <p>(...)</p> <p>E: E é uma questão de equilíbrio, não é? Que... Cabe decidir... Estava a dizer em função de si, como terapeuta, mas também em função do cliente... Não é?</p> <p>T: Sim. Em função do cliente, sim. No que eu consigo perceber o que será, eventualmente, mais útil. Há pessoas em que percebo que não posso entrar com EMDR de imediato. E que, de facto, se calhar vou muitas mais vezes pelo <i>mindfulness</i> dar-lhes outro tipo de ferramentas. Há clientes onde percebo que não quero perder tempo, entre aspas o perder, mas não quer e quero entrar mesmo em EMDR. E aí, de facto, não... Não... Não vou buscar nada ao <i>mindfulness</i> e entro logo com o protocolo normal (...)</p>	<p>EMDR como ferramenta mais eficaz e rápida do que <i>Mindfulness</i>. Possibilidade de exclusão do <i>Mindfulness</i> como estratégia de intervenção em função do caso e das características do cliente.</p>	<p>EMDR: eficácia e rapidez.</p> <p><i>Mindfulness</i> excluído em função do cliente</p> <p>Decisões terapêuticas</p>	<p>EMDR & <i>Mindfulness</i></p> <p>Terapeuta</p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Tempo</p>

	T92	<p>[Gestão entre <i>mindfulness</i> e EMDR] Depende um bocadinho do diagnóstico, ou seja, também da problemática que me trazem. Depende do tipo de recursos que têm, OK? Um cliente que não tem recursos nenhuns, positivos... Hm... Provavelmente, eu prefiro avançar logo para o EMDR. Um cliente que já me traz alguns recursos positivos, seja eles quais forem, se calhar, eu tenho mais tempo para intervir e para potenciar esses recursos positivos. (...) Quando tenho alguém que não consegue identificar um lugar seguro, por exemplo... Hm... Isto preocupa, sim. Porque eu não tenho, propriamente, onde focar esta pessoa em algo positivo, que lhe dê prazer, que lhe dê uma sensação de tranquilidade, de calma. Hm... E portanto, eu não vou querer estar a prolongar muito esta pessoa que constantemente me diz: “Eu não tenho ninguém na minha vida, eu não tenho nada na minha vida...”. OK. Então... Espera lá: então vamos rapidamente ao fundo da questão. Hm... Mas isto é uma opção minha como terapeuta. Porque eu consigo perceber que, se calhar, se eu fosse pelo <i>mindfulness</i>, eu dava-lhe na mesma ferramentas, etcetera, etcetera. Mas isto tem a ver com uma opção minha em termos de eficácia, de rapidez do processo.</p>	<p>Processo de decisão de estratégias entre <i>Mindfulness</i> e EMDR: em função da problemática, do diagnóstico e dos recursos.</p> <p>Terapeuta avalia os recursos positivos existentes: se ausentes, direto para EMDR; se presentes, investimento na intervenção e na potenciação desses recursos positivos (por exemplo, pelo <i>Mindfulness</i>).</p> <p>Reconhecimento do <i>Mindfulness</i> como capaz de dar as mesmas ferramentas, mas EMDR como opção pessoal em termos de eficácia e rapidez do processo.</p>	<p><i>Mindfulness</i> vs. EMDR: decisão em função da problemática e recursos do cliente.</p> <p>Decisões terapêuticas</p> <p>Relação da terapeuta com EMDR: eficácia e rapidez</p>	<p>EMDR & <i>Mindfulness</i></p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p>
	T93	<p>O EMDR não deixa de ser uma... Uma intervenção breve, certo? (...) E se calhar eu for só terapeuta EMDR, a partir do momento em que tenho pessoas à minha frente, eu sigo o protocolo EMDR e ponto final. (...) E há imensos colegas que o fazem e é isto, exatamente, que as pessoas procuram no EMDR. Porque não estão para lidar com outras coisas e querem uma resolução rápida para aquela situação específica e ponto final. Hm... Como obviamente também não sou exclusivamente terapeuta EMDR e a minha costela cognitivo-comportamental acaba por estar aqui... Hm... Acho que posso ir às vezes trabalhando com... Com nuances diferentes e com <i>timings</i> diferentes.</p>	<p>EMDR como intervenção breve, que pode responder melhor às necessidades e pedidos de clientes que querem soluções rápidas.</p> <p>Formação académica e profissional como permitindo trabalhar com modelos, nuances e <i>timings</i> diferentes.</p>	<p>EMDR: intervenção breve</p> <p>Formação académica e profissional como mais-valia: pluralidade de modelos e <i>timings</i></p>	<p>EMDR</p> <p>Terapeuta</p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p>

	T94	<p>T: Mas percebo que às vezes sou levada pela urgência de querer dar uma resposta rápida, sobretudo quando percebo que está alguém com muito poucos recursos positivos para lidar com as dificuldades.</p> <p>E: O fator tempo também é importante? (...)</p> <p>T: Sim. Até porque nós sabemos que a questão do tempo é um dos fatores principais do <i>drop out</i>. Hm... E claro, não é? Aqui há uma série de questões. Nós sabemos que é caro. O processo psicoterapêutico é caro. É longo e as pessoas estão à espera de milagres quando não os há. E por mais que nós balizemos isso desde o início, há uma urgência em ter resultados.</p>	<p>Reflexão sobre o desempenho: urgência de uma resposta rápida através do EMDR; perante uma percepção de poucos recursos positivos.</p> <p>Tempo: um dos fatores principais do <i>dropout</i>. EMDR como solução.</p> <p>Custo: processo psicoterapêutico como caro e longo. Urgência e expectativa de resultados por parte dos clientes.</p>	<p>Desempenho do terapeuta: fator tempo/urgência e EMDR como resposta rápida</p> <p><i>Dropout</i>: EMDR como solução.</p> <p>Tempo extenso de um processo psicoterapêutico</p> <p>Custo elevado do processo terapêutico</p>	<p>Terapeuta</p> <p>EMDR</p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p> <p>Processo psicoterapêutico</p> <p>Tempo</p>
	T95	<p>E nós próprios, terapeutas, sentimos isso, também [a urgência e expectativa de ter resultados]. Porque a determinada altura, percebemos que não estamos a avançar e isto também nos causa a nós algumas questões internas. Também temos que resolver. Hm... Mas eu percebo que sim. Eu percebo que, obviamente, quando se procura um profissional, que hoje em dia as pessoas já não vão à procura da <i>talk therapy</i>, não é? Já ninguém vai procurar estar não sei quantos anos em terapia à procura de resultados. E se temos ferramentas que, de facto, podem acelerar este processo e ir diretamente ao que o cliente nos está a pedir, porque não usar? (...) Mas, mais uma vez, isto é uma opção minha.</p>	<p>Reflexão sobre o desempenho e o processo: regulação interna face a ausência de resultados – “também temos que resolver”.</p> <p><i>Talk therapy</i> como pouco procurado pelos clientes atualmente, pela duração prolongada. EMDR como ferramenta que permite acelerar o processo e corresponder diretamente ao pedido dos clientes.</p>	<p>Desempenho do terapeuta: regulação interna de expectativas e resultados</p> <p>EMDR como intervenção rápida e solução para a terapia prolongada</p>	<p>Terapeuta</p> <p>EMDR</p> <p>Tempo</p>
	T96	<p>O cliente está aqui nas primeiras consultas, e estamos a explorar a história de vida e estamos a explorar as dificuldades atuais que quer resolver e a minha cabeça faz um puzzle EMDR. (...) Faz logo um mapa e eu consigo ler aquela pessoa pela abordagem EMDR: E, portanto, muito, muito, muito raramente não encontro motivos para não ser EMDR.</p>	<p>EMDR como permitindo traçar um mapa/puzzle imediato de intervenção e como solução frequentemente utilizada.</p>	<p>Relação da terapeuta com EMDR: mapa de intervenção</p> <p>Potencialidades do EMDR: prático e organizador da terapia.</p>	<p>Terapia</p> <p>EMDR</p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p>

	T97	E: Ou seja, se lhe tirassem o EMDR da frente... T: Ficava perdida, neste momento. (...) Já não sei trabalhar em psicoterapia tradi... Não! Sei, vá. Mas ia sentir uma diferença brutal, sem dúvida nenhuma!	Dependência profissional do EMDR?	Relação da terapeuta com EMDR: dependência da abordagem.	Terapeuta Identificação com o modelo de intervenção
	T98	Eu continuo a apaixonar-me [por EMDR] e de cada caso que tenho, e de cada problemática nova e que consigo aplicar EMDR, descubro mais potencialidades na abordagem.	Interesse, contacto e conhecimento crescente com EMDR. Descoberta de cada vez mais potencialidades da abordagem.	Relação da terapeuta com EMDR: interesse e contacto crescente. Conhecimento crescente das potencialidades.	Terapeuta Identificação com o modelo de intervenção
	T99	[Trabalhar com EMDR e <i>Mindfulness</i>] Não foi tanto quanto eu gostaria. Não foi... Não chegámos ao fim, obviamente, de tudo o que era necessário, não é? Começámos por aí... Mas conseguimos trabalhar alguma coisa. Mas lá está, porque a [cliente], para mim, mal tive um vislumbre daquilo que seria a problemática dela, era uma cliente em que aplicaria <i>Mindfulness</i> e EMDR.	Trabalho incompleto com EMDR e <i>Mindfulness</i> de forma aplicada ao caso. Perante a avaliação inicial, decisão imediata sobre a aplicação de <i>Mindfulness</i> e EMDR.	Processo terapêutico Recurso às abordagens inferior à expectativa Avaliação: decisões de intervenção	Processo terapêutico EMDR & <i>Mindfulness</i>
Questão 8.1 – Sugestões e comentários	T100	Notei que, obviamente, a [investigação] me trazia um alerta diferente para o processo, pela necessidade de tempo, pela questão de estarmos a corresponder a alguma coisa que depois o Francisco pudesse usar... Isto também me fez ter uma atenção diferente ao próprio processo terapêutico, que é o que eu faço como terapeuta. O que é sempre positivo, hm... Porque... Nos abre aqui a nossa... A nossa lente de auto-observação de fazer (...)	Pressão temporal da investigação sobre o processo. Preocupação com a sustentação de material que pudesse ser alvo de estudo. Investigação como positiva: atenção diferente ao processo e ao desempenho como terapeuta. Estimula a auto-observação.	Impacto da investigação no processo: preocupação Investigação: positiva. Auto-observação. Monitorização do processo e desempenho.	Investigação/Estudo
	T101	Exigiu mais de mim, claro. Exigiu mais de mim... Pelo menos em termos de... Lá está, na auto-monitorização do processo e daquilo que se ia fazendo, e dos <i>timings</i> . Isso sim.	Investigação: maior exigência sobre a terapeuta. Monitorização do processo e do desempenho.	Investigação: exigência. Monitorização do processo e desempenho.	Investigação/Estudo

	T102	Eu não fui estudar nada porque, de facto, os temas já faziam parte da minha prática, e obviamente aí não queria interferir no processo de maneira nenhuma, mas que tinha esta coisa aqui por trás a dizer: “É pá... Espera lá, e agora não fizemos, e agora não conseguimos filmar, e agora não fizemos isto. E agora esta sessão vamos filmar? Opá... Se calhar, não... É pá, mas coitado do Francisco, depois não vou ter material para ele...”. (...) Mas aqui, obviamente, fui dando primazia à [cliente], como é óbvio.	<p>Abordagens inerentes à prática regular da cliente.</p> <p>Preocupação com a sustentação de material alvo de análise.</p> <p>Prioridade colocada na cliente e não no estudo.</p>	<p>Relação natural da terapeuta com as abordagens</p> <p>Competências profissionais: domínio das abordagens</p> <p>Impacto da investigação sobre o processo: preocupação com material; prioridade na cliente;</p>	<p>Terapeuta</p> <p>Investigação/Estudo</p>
	T103	Foi uma experiência gira eu ter esta noção. Hm... Tenho muito pena que não se consiga fazer isto com princípio, meio e fim, porque também gostava de ver os resultados e de perceber... Hm... “É pá! É mesmo! Hm... Aquilo em que eu acredito é mesmo, mesmo eficaz!” (riem-se)	<p>Comentário à investigação: sensação de incompletude face às dificuldades de avaliar um processo com “princípio, meio e fim”. Interesse pelo processo de investigação e pelos resultados.</p>	<p>Comentário: interesse e limitações do processo avaliado.</p>	<p>Investigação/Estudo</p> <p>Identificação com o modelo de intervenção</p>

Análise de resultados ponderada (e.g., Argumentos negativos vs. Positivos)

Q1: Ocorreu mudança (i.e., melhoria na sintomatologia, integração e consolidação de novos significados) no processo de terapia?

Argumentos positivos

Para uma compreensão preliminar do processo psicoterapêutico, importa compreender se existiu, efetivamente, mudança no decorrer da terapia. O conjunto de dados compilados a partir do presente caso permite o recurso a diferentes fontes de informação para avaliar a ocorrência de mudança: (1) a avaliação retrospectiva do cliente, a partir da entrevista semiestruturada à Matilde; (2) a avaliação retrospectiva da terapeuta, a partir da entrevista semiestruturada; (3) a avaliação do mal-estar sentido pela cliente ao longo das dez problemáticas identificadas pela própria, entre o pré e o pós-teste possibilitado pelo PQ; (4) a avaliação da sintomatologia da cliente em auto-relato, entre o pré e o pós-teste com recurso ao BSI (resultados não discutidos neste estudo por constrangimentos temporais, mas disponibilizado descritivamente no Anexo C).

A partir da entrevista à cliente, é possível organizar as mudanças sentidas ao longo de diferentes domínios. Um primeiro, respeitante a mudanças ao nível do estilo de *coping* assumido pela cliente na sua vida: efetivamente, a cliente identifica, com o decorrer da terapia, uma maior assertividade, menor evitamento, maior confrontação; em suma, uma diminuição da adoção do evitamento como estilo de *coping* preferencial. A perceção da terapeuta corrobora esta perspetiva (pela entrevista à psicoterapeuta), destacando-se ainda uma menor orientação para a fuga/desistência. Para além disso, a cliente especifica verbalmente estas mudanças ao nível da dinâmica relacional com os pais (em particular com a mãe) e do contexto profissional/de estágio (ao nível da relação com o diretor da instituição como figura de autoridade).

Num segundo domínio, são identificadas mudanças nas problemáticas associadas ao autoconceito, à autoestima e à imagem corporal: a cliente salienta uma maior autovalorização, maior autoestima e autoconfiança. Encontra ainda uma mudança inesperada e consolidada na tranquilidade e alívio face às críticas de terceiros ao seu aspeto físico, que se relaciona com uma imagem corporal mais positiva e maior flexibilidade psicológica a este nível. A perspetiva da terapeuta parece estar em consonância com a da cliente, já que é descrita a maior autoconfiança e autopreservação face a figuras de autoridade, reconceptualização de aspetos da identidade da cliente ou ainda redução de uma

hipervigilância ou consciência alargada sobre os comentários dos outros (deixando a cliente de lhes dar importância com o decorrer do processo).

Num terceiro domínio, mesmo que sob sobreposição com outras das mudanças identificadas, são situadas modificações na qualidade de relações interpessoais: uma aproximação entre a cliente e o irmão (com quem mantinha uma relação de conflituosidade) com menor evitamento desta figura, a aceitação e proximidade da filha do namorado como mudança inesperada, o reconhecimento ou auto-consciencialização da necessidade de mudança na dinâmica relacional com os pais, uma melhor qualidade na dinâmica relacional com a “cunhada” e uma maior abertura e aproximação familiar decorrente da perda da avó. A terapeuta corrobora as mudanças apresentadas ao nível da qualidade das relações interpessoais, destacando sobretudo mudanças na relação da cliente com o irmão – menor evitamento, efetivamente, mas ainda uma perceção de maior poder sobre o irmão a partir de uma nova reconceptualização da cliente como mulher empoderada.

Num quarto domínio, procurou-se organizar as mudanças inerentes a modificações nos processos psicológicos da cliente, como alterações nas crenças irracionais negativas ou nos processos de regulação emocional. Assim, a cliente implica *coping* e autorregulação cognitiva e emocional mais ajustados e funcionais face às críticas dos outros, mas também uma perceção sobre os efeitos positivos da mudança de comportamentos. Ocorre ainda uma consciencialização por parte da cliente no que toca a assinalar e valorizar a necessidade de ajuda face aos “tiques nervosos” (o que antes não assumia), mas também necessidade de mudança (implicando a motivação para o processo terapêutico) e os benefícios derivados da mudança de comportamentos. “Matilde” destaca claramente a mudança rápida, inesperada e completa no pensamento face à filha do namorado, referindo-se a esta mudança como uma “aceitação”. Por diversas vezes, implica uma maior relativização das experiências potencialmente negativas e uma maior flexibilidade psicológica. Correspondentemente, a perspetiva da terapeuta permite identificar *insights* dirigidos à natureza dos comportamentos disfuncionais e à associação entre estes comportamentos e as suas causas internas. A um nível mais técnico, posiciona ainda um processamento (i.e., alteração e/ou substituição) eficaz das crenças irracionais negativas associadas a inferioridade e autoestima reduzida, algo que se coaduna com melhorias na autoestima e autoconceito identificadas pela cliente, mas também evidencia a reação de surpresa da cliente face à eficácia da atenuação das sensações físicas e alteração de esquemas habituais de pensamento pelo EMDR.

Em entrevista, a cliente sistematiza as mudanças “Totalmente Inesperadas” em torno do menor evitamento/maior assertividade (como extremamente importante), da maior auto-

valorização, em particular, no domínio físico (como extremamente importante) e na aceitação “ligeiramente maior” da relação com o irmão (como muito importante). De seguida, posiciona como algo inesperada a mudança ao nível da maior valorização no domínio social (mudança extremamente importante) e como nem esperadas, nem inesperadas, as mudanças referentes à maior aceitação da filha do namorado (mudança extremamente importante) e a maior consciencialização das diferentes relações e papéis na sua vida (mudança muito importante).

Cruzando estes dados com os traçados pela cliente através do Questionário Pessoal Simplificado (PQ), percebemos que há uma correspondência ao nível da mudança no relacionamento/perceção da relação com o irmão, com uma redução de um “mal-estar total” associado a essa problemática para um “pouco mal estar”. A aceitação da filha do namorado está também implicada na problemática “vivo com medo constante de não conseguir lidar mais com a filha do meu namorado” que sofre uma redução de dois pontos, de “Muito Grande Mal-Estar” para “Muito Pouco Mal-Estar”. As dificuldades identificadas como sentindo-se a cliente “facilmente irritada” e “facilmente ansiosa” são pautadas, inicialmente, por “Mal-Estar Moderado”, reduzindo após o *dropout* para “Nenhum Mal-Estar” e “Muito Pouco Mal-Estar”, com implicações claras ao nível da perceção de ansiedade e da autorregulação emocional.

A ansiedade social, em íntima associação com a autoestima reduzida e autoconceito empobrecido, são identificados pela cliente nas problemáticas “Sinto frequentemente que não tenho valor” (que reduz de “Mal-Estar Moderado” para “Muito Pouco Mal-Estar”), “Tenho receio de que os outros não gostem de mim” (que reduz de “Grande Mal-Estar” para “Muito Pouco Mal-Estar”) e “Tenho dificuldade em relacionar-me com os outros” (reduzindo de “Grande Mal-Estar” para “Muito Pouco Mal-Estar”). Em qualquer uma das problemáticas, há uma redução de dois ou mais pontos.

A “desmotivação com a vida amorosa” inicialmente pautada por um “Mal-Estar Moderado” é avaliada num momento final como “Nenhum Mal-Estar”. Por sua vez, a tristeza recente sentida para com as atitudes dos pais sofreu uma alteração de “Mal-Estar Moderado” para “Nenhum Mal-Estar”. A cliente identifica ainda através do PQ o “medo que a vida passe e eu esteja a desperdiçar o meu tempo e não volte a ser feliz”: esta angústia de âmbito essencialmente existencial e associado provavelmente ao sofrimento psicológico derivada da configuração de todas as suas problemáticas sofre uma redução de 4 pontos, de “Muito Grande Mal-Estar” para “Muito Pouco Mal-Estar”.

Argumentos negativos

A aparência de mudança pode comprometer largamente a análise e discussão de resultados. Nesse sentido, importa averiguar pormenorizadamente a ocorrência de mudanças negativas, da não-consolidação das mudanças identificadas ou da mudança como um “falso positivo”, i.e., como um artefacto que induz a uma percepção de mudança.

Em primeiro lugar, surge nitidamente a morte ou perda da avó como um fator de descontinuidade no processo terapêutico. Daqui decorre um “luto profundo” ([T57]) e um processo associado a este luto que direciona o foco da intervenção terapêutica, diretamente ou indiretamente, ao longo da 6^a, 7^a e 8^a sessões. Ora, a perda da avó emerge como um fator de agravamento ou exacerbação dos “tiques nervosos” ou comportamentos de caráter obsessivo-compulsivo, tanto sob a perspetiva da cliente ([C77, C78]), como da terapeuta ([T34, T35]). Para além disso, daqui decorre maior *distress* psicológico e diminuição do bem-estar, em concordância pelas duas perspetivas. A terapeuta refere ainda reações à morte como a suspeição de presença espiritual e desconforto associado. Denote-se ainda que a cliente se refere à aceitação da perda da avó como uma mudança esperada.

Em segundo lugar, os dados permitem perceber que existem mudanças não-consolidadas, insuficientes ou de consistência inferior, o que potencia a antecipação de mudanças meramente aparentes. Em particular no sofrimento psicológico associado à relação com o irmão (e.g., evitamento), a cliente refere as melhorias como insuficientes, situando-as, por exemplo, ao nível da redução insuficiente da perturbação associada a episódios do passado envolvendo a figura do irmão pelo EMDR. Assinala ainda as mudanças na melhor dinâmica relacional com o irmão como não consolidadas pelo novo foco terapêutico na perda da avó. Recorde-se que o PQ sugere, sob esta mudança, uma redução de um “Mal-Estar Total” para “Pouco Mal-Estar” e que a expectativa de mudança recolhida durante a entrevista é caracterizada como “Totalmente inesperada” e como “Muito importante”. Por outro lado, a cliente refere uma regressão (mas não deterioramento) da mudança conseguida em termos da diminuição de “tiques nervosos”, atribuindo-a à interrupção do processo (*dropout*).

Em terceiro lugar, surgem potenciais evidências de um processo autónomo de auto-consciencialização, de maturação psicológica decorrente do contacto com as problemáticas e os acontecimentos de vida. A cliente refere uma consciência clara das problemáticas que a levaram a terapia mas, sobretudo, uma consciencialização prévia ao processo no que toca à

diferenciação entre papéis e qualidades das relações. A este respeito, importa recordar a expectativa de mudança avaliada em entrevista a este respeito: a maior consciencialização sobre este aspeto como uma mudança “Nem esperada, nem inesperada” e como “Mudança muito importante”.

Por último, a terapeuta refere-se às mudanças identificadas através do relato da cliente como não-observáveis em contexto terapêutico (embora defenda este espaço como um espaço de dúvida e externalização da ansiedade), identificando também alguns obstáculos ao progresso/processo de mudança: morte da avó, dificuldades no estágio (contexto profissional), dinâmicas do contexto familiar, a relação difícil com o companheiro e a filha deste, assim como o contacto com uma pessoa do passado do cliente.

Q2: A integração entre EMDR e *Mindfulness* é responsável pela mudança?

Expectativa de mudança e relevância da terapia na facilitação da mudança:

A priori, independentemente das atribuições de mudança a abordagens específicas, é possível identificar a partir da entrevista o menor evitamento e maior assertividade como mudança “Totalmente inesperada”, a par da maior auto-valorização física, maior auto-valorização global e aceitação maior da relação com o irmão. Contudo, estas mudanças diferentes no grau em que são atribuídas à terapia: sem terapia, a mudança associada ao menor evitamento e maior assertividade não aconteceria, de certeza, para a cliente; o mesmo se aplica à maior auto-valorização global. A maior auto-valorização física, por sua vez, provavelmente não aconteceria sem terapia. A maior valorização social surge como mudança “algo inesperada”, não acontecendo provavelmente sem terapia. Por sua vez, a maior aceitação da filha do namorado e maior consciencialização das diferentes relações e papéis na sua vida são mudanças tidas como “nem esperadas, nem inesperadas”. De igual modo, são perspectivadas como provavelmente não acontecendo sem terapia. A cliente não sabe se a aceitação ligeiramente maior da relação com o irmão aconteceria sem terapia, embora a qualifique como “totalmente inesperada”. Por último, a aceitação em pouco tempo da morte da avó é aferida como uma mudança “algo esperada”, muito embora esta celeridade provavelmente não teria sido possível sem a terapia, na opinião da cliente.

Argumentos positivos em favor da atribuição à integração entre EMDR e *Mindfulness*

Existe, de uma forma geral, uma percepção de resultados positivos a partir do recurso conjunto a EMDR e *Mindfulness*, o que não representa, necessariamente, a sua integração (i.e., pode representar apenas complementaridade). Nesse sentido, selecionam-se as evidências que sugerem uma integração das abordagens.

Num primeiro lugar, a cliente identifica a respiração *mindfulness* como *coping* eficaz face à ativação desencadeada pelo EMDR. Em segundo lugar, é valorizada a eficácia e utilidade do recurso variável em contexto terapêutica entre EMDR e *Mindfulness*, em particular entre a respiração *mindfulness* e a técnica do lugar seguro, como opções integrantes de uma mesma direccionalidade terapêutica. Em terceiro lugar, o *Mindfulness* parece potenciar a focalização no “aqui-e-agora” (componente integrante do protocolo EMDR) ou otimizar a técnica do lugar seguro. Em quarto lugar, já sob a perspetiva da terapeuta, o *Mindfulness* é valorizado como permitindo um processo de aprendizagem de EMDR ao longo do tempo, como treino na identificação e diferenciação entre pensamento, emoção e sensação física, o que permite à cliente começar a conseguir corresponder à linguagem correta a ser usada em EMDR. Por último, de forma a favorecer o EMDR, as meditações *mindfulness* informais e formais são tidas como desenvolvendo competências de auto-observação e o auto-conhecimento.

Existe, todavia, uma fraca correlação subjetiva entre esta integração e os resultados obtidos. Embora os relatos das participantes permitam compreender as diferentes componentes desta integração como eficazes ou úteis, não especificam o seu impacto ou efeito sobre as problemáticas da cliente.

Argumentos positivos em favor da atribuição à soma do recurso a EMDR e *Mindfulness* (recurso conjunto e não integração):

EMDR

A abordagem é implicada pela cliente como relevante e eficaz para a intervenção psicoterapêutica sobre a autoestima, a imagem corporal, a desvalorização perante as críticas ao corpo e os “tiques nervosos”. O lugar seguro como componente de EMDR é avaliado como útil e eficaz, em particular pela transversalidade da técnica e resultados positivos na sequência da sua implementação em contexto não-terapêutico. Para além disso, as mudanças sentidas em sessão através de EMDR (e.g., mudanças na imagem mental perturbadora) foram sentidas pela cliente como repentinas, súbitas, surpreendentes, como *click*. “Matilde” fala, inclusive, nos termos de uma tranquilidade imediata com o processamento EMDR, mas

também do contraste sentido entre uma descrença ou pessimismo perante os efeitos da abordagem e a surpresa perante os resultados obtidos.

Por outro lado, a cliente caracteriza a avaliação subjetiva do grau de perturbação, parte do protocolo EMDR, como útil à intervenção, implicando um contacto e resultados muito positivos. São ainda mencionadas modificações a partir da implementação do protocolo *standard* EMDR como a diminuição da intensidade das sensações associadas às imagens mentais perturbadoras, mas também a sua transformação e reintegração estável e eficaz. Mais ainda, o reviver da infância através do EMDR é tida como experiência dolorosa, mas útil à mudança.

Especificamente, a terapeuta sugere que o processamento em EMDR terá: (1) permitido melhorias na dinâmica relacional da cliente com o irmão, a partir da ausência de conflito numa situação familiar específica subsequente a uma das sessões; (2) sido inevitavelmente eficaz no processo de mudança sobre as crenças irracionais da cliente; (3) possibilitado uma redução rápida da intensidade da imagem perturbadora e das sensações físicas associadas (grau de perturbação subjetiva de zero ou um normalmente atingido), para surpresa da cliente; (3) permitido atuar eficazmente sobre *triggers* encadeados, reintegrando-os de forma a permitir *coping* mais funcional na vida da cliente, com evidências no *coping* ajustado que a cliente desenvolveu em resposta a comentários negativos ao corpo no funeral da avó; (3) possibilitado a alteração de esquemas habituais de pensamento; (4) desbloqueado um processo de mudança, pelo qual a cliente passa a acreditar que é capaz de fazer outra forma e persegue essa forma de fazer; (5) potenciado o relaxamento; (6) desencadeado alterações nos esquemas ou estilos de pensamento da cliente.

Sob a perspectiva da terapeuta, o EMDR potenciou o trabalho a partir de uma metáfora em contexto terapêutico sobre a criança pequenina e indefesa do passado em contraste com a adulta empoderada do presente. Ao facilitar a evocação das imagens associadas ao passado, o EMDR é percecionado como possibilitando a integração de novos significados, nomeadamente a reconceptualização da cliente como esta mulher adulta e com poder sobre o irmão.

A eficácia do EMDR no processo de mudança de cliente é também compreendida à luz das dificuldades no progresso do processamento devido à elevada somatização de ansiedade da cliente. Enquanto o progresso foi, *grosso modo*, célere em termos de imagem mental, pensamento e emoção, a cliente requeria mais tempo na dessensibilização eficaz da componente somática, levando a terapeuta a recorrer, com resultados eficazes, a uma alternância entre estimulação visual e tátil, mas também a entrelaçamentos cognitivos sobre

o domínio físico. A consolidação do trabalho EMDR em cada sessão possibilitava ainda a flexibilidade terapêutica e ajuste de objetivos de intervenção. Por último, a comunicação funcional ao longo do processamento EMDR na relação terapêutica é valorizada pela cliente.

A componente temporal (“fator tempo”) surge ainda: (1) como relevante no contacto com EMDR, que é descrito como um processo de aprendizagem, que sob a perspectiva da cliente, parte da confusão, desconhecimento e nervosismo para a identificação com o modelo; (2) impeditivo de maior âmbito de atuação e eficácia de EMDR sobre informação mais traumática ou negativa, pelo *dropout* e fatores de descontinuidade do processo (e.g., morte da avó).

Contudo, as expectativas da terapeuta acerca do poder de mudança a partir de EMDR podem ter exercido influência na forma como estas atribuições são exercidas. Repare-se, por exemplo, na qualidade da relação da terapeuta com a abordagem, que revela uma forte identificação com o modelo, um recurso preferencial em pelo menos 85% dos casos e uma predileção imediata pela abordagem em contexto profissional. O papel das expectativas ou da desejabilidade social é também ponderável na percepção da cliente de eficácia, a partir do interesse e exploração de “Matilde” sobre o modelo e da confiança na figura da terapeuta e dos modelos de intervenção por esta última implementados.

Mindfulness

O *Mindfulness* foi implementado em contexto terapêutico, ao longo das suas potencialidades teóricas (e.g., máxima do “aqui e agora”), mas também do recuso à respiração *mindfulness* ou às diferentes meditações formais e informais. A abordagem é valorizada pela cliente como eficaz em termos: (1) do *coping* face à morte da avó; (2) da melhor gestão ou redução dos “tiques nervosos”; (3) da resposta ao *distress* psicológico. Por seu turno, a terapeuta situa a abordagem no processo numa fase mais inicial, embora também útil ao longo da terapia, sobretudo na auto-observação que o treino em *Mindfulness* desenvolve e na conceção do “aqui-e-agora”. Situa também o *Mindfulness* no trabalho de luto da avó e no contexto não-terapêutico, como estratégia útil que a cliente implementou no seu quotidiano. A abordagem é tida como atuando eficazmente sobre a focalização excessiva no passado e sobre a antecipação do futuro, mas também sobre a catastrofização, processos psicológicos frequentes na cliente.

Ademais, a terapeuta explicita uma ausência de contacto prévio com *Mindfulness*, que contradiz o relato da cliente de um contacto com a abordagem, em particular no seu âmbito profissional. Não obstante, na perspectiva da terapeuta, o *Mindfulness* desencadeou

uma reação de menor surpresa que o EMDR: as estratégias de atenção plena foram percebidas como simples, simplicidade essa que acabou por funcionar como fator de adesão terapêutica e de apropriação das estratégias por parte da cliente.

Argumentos negativos: Evidências em favor da atribuição da mudança a outros fatores

- A. Fatores inerentes às características pessoais ou maturação psicológica da cliente: a auto-consciencialização clara da cliente para as suas problemáticas e para a natureza dos seus comportamentos constitui evidência de uma maturação psicológica por parte da cliente, em particular se for tido em conta não só um reconhecimento prévio assumido pela cliente na diferenciação de papéis e relações que conduziu a uma maior aceitação da filha do namorado, mas também a surpresa da terapeuta perante o progresso rápido da cliente no reposicionamento autónomo da relação com o irmão como principal alvo de intervenção. Denote-se ainda, a este respeito, a percepção da terapeuta sobre a cliente como capaz de atingir os resultados/mudanças com o tempo, embora demorando mais sem terapia. A idade jovem da cliente, a sua motivação intrínseca para a mudança, a sua autonomia e comunicatividade, aliada à sua determinação e persistência e altruísmo podem não só ter permitido acelerar processos autónomos de maturação psicológica, mas também favorecer o seu papel de cliente e potenciar as expectativas positivas de mudança. Por último, a formação e experiência profissional podem ter funcionado como fatores mediadores da compreensão e potenciação de expectativas positivas do processo, mas também como mediadores de aproximação na relação terapêutica. A terapeuta, aliás, sugere que a formação da cliente possa ter funcionado como catalisador de *insight* e progresso em terapia e facilitado uma abertura e disponibilidade para a mudança.
- B. Fatores inerentes ao contexto profissional/de estágio: a cliente percebe o contexto de estágio como não tendo sido alvo direto de intervenção terapêutica, mas apenas um ponto de partida. Localiza o término do estágio dentro de um mês após a data de entrevista. Aqui, claramente, sugere-se que a antecipação do fim do contacto com o contexto ansiogénico tenha estimulado a adoção de comportamentos mais confrontativos (como a própria cliente identifica) e reduzido a ansiedade associada às vivências do local de estágio.
- C. Fatores associados a pontos de descontinuidade na vida da cliente no contexto extra-terapia: (1) a morte da avó como fator agravador ou exacerbador de *distress*

psicológico e dos comportamentos de carácter obsessivo-compulsivo; (2) a perda da avó como fator desencadeante de abertura e aproximação familiar, o que potenciou mudanças na relação com o irmão; (3) a morte da avó como despoletando uma consciencialização da incontroabilidade de coisas que a cliente pensava controlar, o que enriqueceu o âmbito do processo terapêutico com a dimensão do Controlo.

- D. Fatores inerentes ao contexto terapêutico sem associação exclusiva às abordagens EMDR e/ou *Mindfulness*: (1) a relação terapêutica como facilitadora de mudança e experimentação de alternativas de pensamento e de ação, a partir de empatia, abertura, disponibilidade, *feedback*, confiança e aceitação sem julgamento presentes na relação; (2) a confiança na terapeuta como motivação da cliente para a mudança; (3) a atuação do terapeuta ao promover a compreensão da cliente no que toca à interligação das problemáticas da cliente com a sua história desenvolvimental; (4) a adequação do *setting* terapêutico; (5) as características do terapeuta como figura de apoio e segurança na mudança, mas também como sensível à importância do tempo na terapia; (6) a ausência de trabalho sobre traumas ou experiências negativas de maior gravidade como prevenindo reações negativas a *Mindfulness* ou EMDR.
- E. Fatores associados a desvantagens/aspectos negativos sobre a eficácia do recurso a EMDR e/ou *Mindfulness*: desconforto face à dificuldade na diminuição do grau de perturbação de um episódio específico através de EMDR, com implicações sobre a expectativa de mudança.

Q3: Que fatores ou processos psicológicos de mudança conduziram à eficácia do processo, a partir do EMDR, de *Mindfulness* ou da sua integração?

Os fatores e processos psicológicos preliminarmente analisados e organizados são nesta seção sistematizados, de forma a permitir uma discussão aberta sobre a sua evidência ou valor no processo psicológico de mudança.

As abordagens utilizadas e os relatos da experiência da cliente (e da percepção da terapeuta sobre a experiência da cliente) no contacto com EMDR e *Mindfulness* suscitam como mecanismos de ação pelos quais a mudança pode ter ocorrido: (1) a reconceptualização de significados impressos na identidade pela dinâmica interna dialógica entre a criança pequena e indefesa no passado em contraste com a adulta empoderada no presente; (2) a reformulação e integração de novos significados face às problemáticas ou acontecimentos negativos; (3) a revalorização/reperceção das experiências tidas como traumáticas ou negativas a partir de EMDR; (4) a revalorização/distanciamento face à experiência de

valência negativa através de EMDR; (5) a evocação de experiências específicas do passado através de EMDR de forma a possibilitar uma consciencialização da informação disfuncional; (6) o *insight* (como na associação entre a observação comportamental e as causas internas); (7) o desenvolvimento de competências de auto-observação dos conteúdos mentais e sensações físicas; (8) a identificação e diferenciação dos conteúdos mentais e sensações físicas a partir de *Mindfulness* como útil a EMDR; (9) a focalização no momento presente/”o aqui e agora”/inibição da antecipação e catastrofização; (10) desenvolvimento de competências de *coping* com a externalização física da ansiedade (relaxamento e controlo da respiração); (11) focalização e potenciação da técnica do lugar seguro a partir de *Mindfulness*; (12) metacognição e flexibilidade psicológica; (13) identificação, alteração e substituição dos acontecimentos que sustentam ou mantêm as crenças irracionais negativas, com alteração consequente de esquemas cognitivos; (14) *Mindfulness* e EMDR como processos de aprendizagem; (15) dessensibilização/alteração da intensidade ou impacto das sensações físicas ou conteúdos mentais, desbloqueando um processo de mudança.

Por outro lado, componentes processuais específicas podem ter atuado como fatores mediadores da promoção, otimização ou inibição dos potenciais processos psicológicos de mudança anteriormente referidos. Assim, a apropriação e recurso à respiração *Mindfulness* e técnica do lugar seguro em contexto extra-terapia, os efeitos das expectativas (surpresa, contraste entre descrença e resultados positivos, a curiosidade, exploração, investimento e identificação com o modelo), a formação e experiência profissional, a qualidade da relação terapêutica, as características da cliente (e.g., capacidade de focalização; elevada somatização da ansiedade) e da sua maturação psicológica, as características da terapeuta, o contacto prévio com *Mindfulness*, a abordagem EMDR como debruçada exclusivamente sobre o passado (protocolo do passado), o EMDR como possuindo uma linguagem própria que requiere aprendizagem, a motivação para a mudança, a qualidade da comunicação funcional na relação terapêutica ao longo do processamento EMDR, a simplicidade de implementação de *Mindfulness*, o fator Tempo (como implícito no tempo de contacto com as abordagens, como necessário à perceção de eficácia no *Mindfulness*, como problemática solucionada pelo EMDR como intervenção breve) e os recursos do EMDR no desbloqueamento do processamento (e.g., alternância entre modalidades de estimulação bilateral, entrelaçamentos cognitivos) são, claramente, potenciais fatores mediadores.

Q4: Na perspectiva da cliente, a relação entre as duas abordagens é mutuamente benéfica, contraproducente ou neutra?

Argumentos em favor de uma relação positiva

Os resultados sugerem que o *Mindfulness* permitiu trabalhar e potenciar a respiração e foco nesta, de forma a contribuir positivamente para a eficácia de EMDR. Para além disso, de igual utilidade para o EMDR, o *Mindfulness* permitiu otimizar não só a focalização no “aqui-e-agora”, como a técnica do lugar seguro. A cliente perspetiva como eficaz e útil o recurso variável, em sessão, à dessensibilização e reproprocessamento através de EMDR, à técnica do lugar seguro, ao *Mindfulness* e ao foco na respiração. Por último, o *Mindfulness* é evidenciado como estratégia de *coping* útil face à ativação psicológica e somática desencadeada pelo EMDR.

Argumentos em favor de uma relação negativa ou neutra

Não foram recolhidas evidências em favor de uma relação desta natureza.

Possibilidade de uma relação variável ou mediada por outros fatores

A qualidade da relação entre as duas abordagens pode não ser necessariamente linear e estar dependente de fatores que a mediam. No presente estudo, sob a perspetiva da cliente, pondera-se a qualidade da relação como dependente de decisões terapêuticas em sessão no grau de recurso à estimulação bilateral, à respiração *Mindfulness* ou à técnica do lugar seguro. A opção por cada uma das componentes pode favorecer ou não o progresso terapêutico, dependendo da frequência e *timing* terapêutico em que se implementa.

Q5: Na perspectiva da terapeuta, a relação entre as duas abordagens é mutuamente benéfica, contraproducente ou neutra?

Argumentos em favor de uma relação positiva

Os resultados sugerem que o *Mindfulness* permite um processo de aprendizagem pelo qual se desenvolve a competência de auto-observação, de contacto com a respiração, de identificação e diferenciação entre conteúdos mentais e sensações físicas, competência muito relevante para a eficácia de implementação de EMDR pela linguagem específica utilizada na abordagem. Paralelamente, esta capacidade é focalizada no presente, no aqui-e-agora, essencial à recorrente monitorização de sensações no EMDR. Ademais, o *Mindfulness*

permite potenciar a técnica do lugar seguro no EMDR, otimizando o foco na sensação física, na emoção positiva e na imagem positiva.

Argumentos em favor de uma relação negativa

A terapeuta concebe a potenciação de sensações físicas negativas ou perturbadoras (e.g., um foco excessivo na sensação) a partir de *Mindfulness* pode gerar maior dificuldade de dessensibilização e processamento, criando bloqueios à ação de EMDR. Por outro lado, o desenvolvimento de competências de *Mindfulness* é perspectivado como consumindo tempo (i.e., abordagem mais lenta), em detrimento da eficácia e rapidez da abordagem EMDR – o que poderá tender a delegar para segundo plano ou omitir o *Mindfulness* do modelo de intervenção.

Argumentos em favor de uma relação neutra

Não foram recolhidas evidências em favor de uma relação desta natureza.

Estratégias ou propostos de solução de incompatibilidade entre as abordagens

Perante aspetos negativos identificados numa integração das abordagens, a terapeuta reflete sobre a potenciação das sensações físicas negativas ou perturbadoras (dificuldade a ação do EMDR) como podendo resultar de um treino não consolidado de *Mindfulness*. Nesse sentido, um treino mais consistente poderia prevenir uma focalização excessiva, a partir da estimulação de processos psicológicos como o distanciamento ou a regulação emocional. Por outro lado, o distanciamento é também implicado como mecanismo de ação subjacente aos entrelaçamentos cognitivos e metáforas aos quais o EMDR pode recorrer, de forma a atenuar potenciais efeitos negativos de *Mindfulness*.

Possibilidade de uma relação variável ou mediada por fatores específicos

A qualidade da relação entre as duas abordagens pode não ser necessariamente linear e estar dependente de fatores que a mediam. No presente estudo, sob a perspetiva da terapeuta, pondera-se o fator Tempo como mediando esta relação, já que o *Mindfulness* surge como requerendo maior tempo em sessão, maior tempo de aprendizagem e domínio e maior investimento para a perceção de resultados. Em contraste, o EMDR evidencia-se como abordagem potencialmente incompatível pelo carácter rápido e direto. No entanto, uma integração pode funcionar como uma relação dialética que parte de uma escolha terapêutica em função: (1) das características e recursos psicológicos do cliente; (2) da problemática

e/ou diagnóstico; (3) da expectativa de eficácia em determinado caso/cliente; (4) da presença ou ausência de recursos positivos como determinando uma preferência por um maior investimento em *Mindfulness* para a sua potenciação ou abordagem mais direta através de EMDR, respetivamente; (5) do tempo disponível face às exigências da problemática ou do processo.

ANEXO E.

Guiões das entrevistas semi-estruturadas à cliente e à terapeuta

Recolha de dados sobre o processo terapêutico – Entrevista à cliente

Data:

Guião da Entrevista de Mudança do Cliente sob a perspectiva da Cliente

Esta entrevista, prevista para o término do processo terapêutico, terá a duração máxima de uma hora e meia. Os principais tópicos desta recolha de informação prendem-se com mudanças que sentiu ao longo do processo psicoterapêutico. Para além disso, explorar-se-á aquilo que acredita ter contribuído para essas mudanças, assim como aspetos úteis e aspetos desnecessários que identificou na terapia. Vamos ainda abordar a sua perspetiva sobre os efeitos de estratégias e técnicas específicas com as quais tomou contacto no decorrer do processo.

O objetivo central desta entrevista é permitir que nos informe acerca da psicoterapia decorrida e da investigação que estamos a conduzir, nas suas próprias palavras. Queremos perceber em que constituiu este processo e como foi a experiência para si.

A entrevista será sujeita a gravação áudio para posterior transcrição. Será preservada a confidencialidade dos seus dados. Por favor, faculte a maior quantidade de detalhes possível.

1. QUESTÕES GERAIS

- 1.1. Numa fase inicial, o que a fez procurar apoio psicológico?
- 1.2. Posteriormente, a partir do trabalho psicoterapêutico, que problemática(s) ou necessidades de mudança foram tornando-se preponderantes ou constituindo prioridade na terapia para si?
- 1.3. Esteve a tomar alguma medicação antes, durante ou após o término do processo? Poderia especificar?

Nome do fármaco/medicamento	Para que sintomas?	Dose e Frequência	Há quanto tempo? Desde quando? Até quando?	Último ajuste

- 1.4. Como define o término do processo psicoterapêutico? Como decorreu?

2. AUTO-DESCRIÇÃO

- 2.1. Como se descreve? (*aprofundar e explorar a resposta*)
- 2.2. Como a descreveriam as pessoas que melhor a conhecem? (*aprofundar e explorar a resposta*)

3. MUDANÇAS NOTADAS

- 3.1. Que mudanças foi notando em si com o decorrer do processo psicoterapêutico? (e.g., agiu, sentiu ou pensou de forma diferente do que acontecia no início do processo? Outras pessoas comentaram mudanças em si? Sente-se diferente de algum modo? Parece-lhe que construiu ou desenvolveu novas ideias específicas acerca de si e/ou das outras pessoas?) – **Entrevistador registra as mudanças identificadas.**

Mudanças	A mudança foi: 1 – Totalmente esperada 2 – Algo esperada 3 – Nem esperada, nem inesperada 4 – Algo inesperada 5 – Totalmente inesperada	Sem terapia, a mudança: 1 – De certeza não acontecia 2 – Provavelmente não acontecia 3 – Não sei se acontecia 4 – Provavelmente acontecia 5 – De certeza acontecia	A mudança foi: 1 – Nada importante 2 – Pouco importante 3 – Moderadamente importante 4 – Muito importante 5 – Extremamente importante

- 3.2. Houve alguma coisa que mudou para pior, com o decorrer do processo?
- 3.3. Há alguma coisa que gostaria que o processo psicoterapêutico a tivesse ajudado a mudar, mas não tenha mudado?
- 3.4. Com o decorrer do processo terapêutico, deu-se conta de outros aspetos que gostava de mudar, dos quais não se tinha apercebido antes do início da terapia?

4. AVALIAÇÃO DA EXPECTATIVA DE MUDANÇA

- 4.1. Vamos avaliar as mudanças que identificou:

4.1.1. Em que grau estava à espera de cada uma destas mudanças? (*Mudança muito esperada, algo esperada, nem esperada nem surpreendente, algo surpreendente, muito surpreendente*) – **Registrar no quadro anterior.**

4.1.2. Qual pensa ser a probabilidade de ocorrência de cada uma destas mudanças caso não estivesse em psicoterapia? (*Muito improvável de acontecer sem terapia/Claramente não aconteceria; Algo improvável de acontecer sem terapia/Provavelmente não aconteceria; Nem provável nem improvável; Algo provável de acontecer sem*

terapia/Provavelmente aconteceria; Muito provável de acontecer sem terapia/Claramente aconteceria); - Registrar no quadro anterior.

4.1.3. Quão importante ou significativa considera ser cada uma das mudanças? (*Nada importante, Algo importante, Moderadamente importante, Muito importante, MUITÍSSIMO importante*); - **Registrar no quadro anterior.**

4.2. Ocorreu mais alguma mudança que não tenha mencionado anteriormente e que gostasse de acrescentar e avaliar? Se sim, qual? – **Registrar e avaliar com a cliente.**

5. ATRIBUIÇÕES DA MUDANÇA

5.1. Em termos gerais, o que pensa ter causado estas mudanças? (incluindo aspetos que aconteceram nas sessões ou fora do contexto terapêutico – e.g., Que aspetos específicos da terapia parecem ter ajudado mais ao seu processo de mudança?)

6. AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS OU TÉCNICAS ESPECÍFICAS

6.1. Atribui algumas das mudanças às estratégias ou técnicas específicas com as quais tomou contacto ao longo do processo? Se sim, poderia descrever que estratégias ou técnicas psicoterapêuticas mais valorizou ou mais lhe foram significativas no decorrer da terapia?

6.2. Em particular, a partir desta valorização de estratégias e técnicas que integraram a sua terapia, gostaria de pedir-lhe para se focar nas imagens e pensamentos que lhe ocorrem acerca do seu processo terapêutico. Queria pedir-lhe para recordar algum episódio específico no decorrer da terapia que seja particularmente significativo para si e que lhe tenha permitido progressos. Gostaria que o relatasse como se o estivesse a viver aqui e agora, incluindo o contexto onde ocorreu (quando, como, quem, e o quê) e a sequência de acontecimentos (qual o acontecimento inicial/antecedentes, as suas reações, as reações da terapeuta, ações que tomaram e as suas consequências).

6.3. Como avalia a eficácia das diferentes estratégias e técnicas mais significativas com as quais tomou contacto durante o processo?

6.4. Reagiu melhor a determinadas abordagens do que a outras?

6.5. Reagiu mal a alguma das técnicas ou estratégias utilizadas?

6.6. Tendo em mente exclusivamente o EMDR, foi uma abordagem utilizada? Como descreve o seu contacto com o EMDR? Que efeitos pensa que essa abordagem teve no seu processo de mudança?

6.7. Tendo em mente exclusivamente o *Mindfulness*, foi uma abordagem utilizada? Como descreve o seu contacto com *Mindfulness*? Que efeitos pensa que essa abordagem teve no seu processo de mudança?

6.8. Se utilizadas ambas as abordagens, pensa que o produto do recurso conjunto ao EMDR e *Mindfulness* produziu efeitos no seu processo de mudança? Se sim, quais? (e.g., De que

forma lhe parece que os efeitos conjuntos das abordagens beneficiaram ou prejudicaram o processo? Perspetiva vantagens no recurso a ambas as abordagens numa mesma sessão ou processo?);

6.9. Que influência pensa que o EMDR, *Mindfulness* ou o seu efeito conjunto tiveram na qualidade da relação terapêutica?

6.10. Que requisitos específicos pensa que deverá ter o terapeuta ou a terapia (e.g., relação, *setting* terapêutico, etc...) para que estas abordagens sejam eficientes?

7. DIFICULDADES PERCECIONADOS NO PROCESSO TERAPÊUTICO

7.1. Existiu algum episódio específico e relevante que seja representativo de um obstáculo ou impedimento do progresso em terapia? Se sim, poderia relatá-lo mais exaustivamente, do mesmo modo que relatou há pouco?

7.2. Durante o processo, deu-se conta de aspetos da terapia que não estivessem a funcionar ou que não facilitassem a mudança? Ou que foram negativos ou decepcionantes? Se sim, quais?

7.3. Houve aspetos na terapia que foram particularmente dolorosos para si, mas que a tivessem ajudado ou possam vir a ajudar?

7.4. Na sua perspetiva, faltou alguma coisa na terapia? Há alguma coisa que pudesse ter tornado a terapia mais benéfica para si?

8. REVISÃO/INTEGRAÇÃO DO PROCESSO

8.1. Como descreveria, de uma forma geral, a sua terapeuta?

8.2. Como foi estar em terapia com a sua terapeuta? (e.g., Como descreveria a vossa relação?)

8.3. Como pensa que a terapeuta a perceciona/descreve a si?

8.4. Identifica-se com o(s) modelo(s) de intervenção que orientaram o processo? Em que medida?

8.5. De que forma acha que o desempenho da terapeuta neste processo foi influenciado pelas estratégias e técnicas específicas que foram implementadas?

9. SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

9.1. Tem alguma sugestão direcionada à investigação ou ao próprio processo terapêutico? Gostaria de fazer algum comentário? Gostaria de dizer mais alguma coisa?

Recolha de dados sobre o processo terapêutico – Entrevista à psicoterapeuta

Data:

Guião da Entrevista de Mudança do Cliente sob a perspetiva da Psicoterapeuta

Esta entrevista, prevista para o término do processo terapêutico, terá a duração máxima de uma hora e meia. Os principais tópicos desta recolha de informação prendem-se com mudanças verificadas na cliente sob a perspetiva da psicoterapeuta ao longo do processo terapêutico. Para além disso, explorar-se-á aquilo que acredita ter contribuído para essas mudanças, assim como aspetos úteis e aspetos desnecessários que identificou na terapia. Vamos ainda abordar a sua perspetiva sobre os efeitos e eficácia das estratégias e técnicas que implementou no decurso do processo.

O objetivo central desta entrevista é permitir que nos informe acerca da psicoterapia decorrida e da investigação que estamos a conduzir, nas suas próprias palavras. Queremos perceber em que constituiu este processo, como foi a experiência para si e como pensa ter sido para a cliente.

A entrevista será sujeita a gravação áudio para posterior transcrição. Para além da confidencialidade reservada à cliente, pode pedir no decorrer da entrevista a preservação específica da confidencialidade de determinados dados, seja em relação a si ou à cliente. Por favor, faculte a maior quantidade de detalhes possível.

1. QUESTÕES GERAIS

- 1.1. Em quantas sessões se traduziu este processo psicoterapêutico? E em que periodicidade?
- 1.2. Numa fase inicial, como definiu a(s) problemática(s) e/ou diagnóstico(s) do presente caso em traços gerais?
- 1.3. Posteriormente, a partir do trabalho psicoterapêutico com a cliente, que problemática(s) ou diagnóstico(s) foram assumindo preponderância ou constituindo prioridade de intervenção no processo?
- 1.4. Como define o término do processo? Como decorreu?

2. MUDANÇAS NOTADAS

- 2.1. Que mudanças foi notando na cliente com o decorrer do processo psicoterapêutico? (e.g., A cliente agiu, sentiu ou pensou de forma diferente do que acontecia no início do processo? A cliente relatou que outras pessoas notaram algumas mudanças? Parece-lhe que a cliente tem andado diferente? Parece-lhe que construiu ou desenvolveu novas ideias específicas acerca de si e das outras pessoas?
- 2.2. Houve alguma coisa que mudou para pior, com o decorrer do processo?
- 2.3. Há alguma coisa que gostaria que o processo psicoterapêutico tivesse ajudado a mudar na cliente, mas não tenha mudado?

- 2.4. A cliente deu-se conta de outros aspectos que gostava de mudar, dos quais ainda não se tinha dado conta antes de iniciar o processo?
3. AVALIAÇÃO DA EXPECTATIVA DE MUDANÇA
- 3.1. Ocorreram mudanças das quais estava à espera? Se sim, quais?
- 3.2. Ocorreram mudanças das quais não estava à espera ou que foram uma surpresa para si? Se sim, quais?
- 3.3. Na sua perspetiva, alguma das mudanças, expectáveis ou não da sua parte, poderiam ter acontecido sem terapia?
4. ATRIBUIÇÕES DA MUDANÇA
- 4.1. Em termos gerais, o que pensa ter causado estas mudanças? (incluindo aspectos que aconteceram nas sessões ou fora do contexto terapêutico – e.g., Que aspectos específicos da terapia parecem ter ajudado mais ao processo de mudança da cliente?)
5. AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS OU TÉCNICAS ESPECÍFICAS
- 5.1. Atribui algumas das mudanças às estratégias ou técnicas específicas que implementou ao longo do processo? Se sim, poderia descrever que estratégias ou técnicas psicoterapêuticas levou a cabo para facilitar o processo de mudança da cliente e com que intenção as implementou?
- 5.2. Em particular, a partir do uso de estratégias ou técnicas que abordou anteriormente, queria pedir-lhe para recordar algum episódio específico no decorrer da terapia que seja mais representativo da interação terapêutica ou da sua atuação como terapeuta, e que tenha permitido progresso no processo. Gostaria que o relatasse como se o estivesse a viver aqui e agora, incluindo o contexto onde ocorreu (quando, como, quem, e o quê) e a sequência de acontecimentos (qual o acontecimento inicial/antecedentes, reações da cliente, as suas próprias reações, ações que tomaram e as suas consequências).
- 5.3. Retrospectivamente, como avalia a eficácia das diferentes estratégias e técnicas que empregou junto da cliente?
- 5.4. A cliente reagiu melhor a determinadas abordagens do que a outras?
- 5.5. A cliente reagiu mal a alguma das técnicas ou estratégias utilizadas?
- 5.6. Tendo em mente exclusivamente o EMDR, foi uma abordagem utilizada? Com que objetivo(s) específico(s)? Que efeitos pensa que essa abordagem teve no processo de mudança da cliente?
- 5.7. Tendo em mente exclusivamente o *Mindfulness*, foi uma abordagem utilizada? Com que objetivo(s) específico(s)? Que efeitos pensa que essa abordagem teve no processo de mudança da cliente?

- 5.8. Se utilizadas ambas as abordagens, pensa que o produto do recurso conjunto ao EMDR e *Mindfulness* produziu efeitos no processo de mudança da cliente? Se sim, quais? (e.g., De que forma lhe parece que os efeitos conjuntos das abordagens beneficiaram ou prejudicaram o processo de mudança da cliente? Perspetiva vantagens no recurso a ambas as abordagens numa mesma sessão ou processo?);
- 5.9. Que influência pensa que o EMDR, *Mindfulness* ou o seu efeito conjunto tiveram na qualidade da relação terapêutica?
- 5.10. Que requisitos específicos pensa que deverá ter o terapeuta ou a terapia (e.g., relação, *setting* terapêutico, etc...) para que estas abordagens sejam eficientes?
6. DIFICULDADES PERCECIONADOS NO PROCESSO TERAPÊUTICO
- 6.1. Existiu algum episódio específico e relevante que seja representativo de um obstáculo ou impedimento do progresso em terapia? Se sim, poderia relatá-lo mais exaustivamente, do mesmo modo que relatou há pouco?
- 6.2. Durante o processo, deu-se conta de aspetos da terapia que não estivessem a funcionar ou que não facilitassem a mudança da cliente? Ou que foram negativos ou decepcionantes? Se sim, quais?
- 6.3. Deu-se conta de aspetos na terapia que foram particularmente dolorosos para a cliente, mas que a tivessem ajudado ou possam vir a ajudar?
- 6.4. Na sua perspetiva, faltou alguma coisa na terapia? Há alguma coisa que pudesse ter tornado a terapia mais benéfica para a cliente?
7. REVISÃO/INTEGRAÇÃO DO PROCESSO
- 7.1. Como descreveria, de uma forma geral, a sua cliente?
- 7.2. Como foi ter a cliente em terapia consigo?
- 7.3. Qual o *feedback* que teve por parte da cliente desde o término da terapia?
- 7.4. Como pensa que a cliente percecionou o seu papel como terapeuta neste processo?
- 7.5. Como se define como terapeuta? Em que modelo(s) de intervenção psicológica se inclui?
- 7.6. De que forma acha que o seu desempenho como terapeuta foi influenciado pelas estratégias e técnicas específicas que escolheu implementar?
8. SUGESTÕES E COMENTÁRIOS
- 8.1. Tem alguma sugestão direcionada à investigação ou ao próprio processo terapêutico? Gostaria de fazer algum comentário? Gostaria de dizer mais alguma coisa?

ANEXO F.
Consentimentos informados à cliente e à terapeuta

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo insere-se no âmbito de uma dissertação do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Pretende investigar-se a eficácia da integração entre *Mindfulness* e EMDR em psicoterapia, a partir do processo terapêutico desenvolvido entre psicoterapeuta e cliente. O estudo inclui uma avaliação qualitativa e quantitativa da experiência do/a cliente ao longo deste processo. Para o efeito, solicita-se a colaboração do/a cliente para o preenchimento de questionários ao longo de diferentes pontos temporais, assim como para a possibilidade de gravação audiovisual das sessões.

Em qualquer momento da recolha, análise e publicação de dados, assegurar-se-á a confidencialidade e anonimato do/a cliente, cuja identidade será conhecida apenas pela equipa que conduz o projeto, nomeadamente pelo investigador, Francisco Almeida; orientadora de mestrado, Dr.^a Raquel Barbosa; e psicóloga clínica, [REDACTED]. Para além disso, o/a cliente está no direito de desistir a qualquer momento da investigação, sem que isso acarrete qualquer interferência com o processo psicoterapêutico a ser desenvolvido pela [REDACTED].

Pelo término da investigação, o/a cliente será convidado/a para uma sessão de partilha de resultados e processo de *feedback* entre os elementos da equipa responsável pelo estudo. Se for da sua preferência, esta sessão poderá ser desenvolvida apenas entre cliente e terapeuta. A equipa responsável pelo estudo disponibiliza-se, a qualquer momento, para a resposta a qualquer solicitação ou necessidade e para o esclarecimento de qualquer questão que venha a surgir ao longo do processo.

ASSIM SENDO:

Declaro que, conhecendo os objetivos gerais do estudo, aceito participar voluntariamente no mesmo. Estou ciente que as informações recolhidas ao longo do meu processo psicoterapêutico serão salvaguardadas ao nível do anonimato e confidencialidade, em particular no que toca às minhas respostas aos questionários e às gravações. Os resultados do estudo serão partilhados comigo, estando no direito de opção por uma sessão de *feedback* apenas com a presença da terapeuta. Fui informado da possibilidade de, a qualquer momento, poder desistir da minha participação.

_____, ____ de _____ de 2017

Assinatura:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo insere-se no âmbito de uma dissertação do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Pretende investigar-se a eficácia da integração entre *Mindfulness* e EMDR em psicoterapia, a partir do processo terapêutico desenvolvido entre psicoterapeuta e cliente. O estudo inclui uma avaliação qualitativa e quantitativa da experiência do/a cliente ao longo deste processo, assim como uma avaliação qualitativa do processo psicoterapêutico sob a perspetiva do/a psicoterapeuta. Para o efeito, solicita-se a colaboração da terapeuta para o preenchimento de questionários ao longo de diferentes pontos temporais, assim como para a participação numa entrevista semiestruturada aquando do término da intervenção.

Em qualquer momento da recolha, análise e publicação de dados, assegurar-se-á a confidencialidade e anonimato do/a cliente, cuja identidade será conhecida apenas pela equipa que conduz o projeto, nomeadamente pelo investigador, Francisco Almeida; orientadora de mestrado, Dr.^a Raquel Barbosa; e psicóloga clínica, [REDACTED]. Para além disso, o/a cliente está no direito de desistir a qualquer momento da investigação, sem que isso acarrete qualquer interferência com o processo psicoterapêutico a ser desenvolvido pela [REDACTED]. Do mesmo modo, a psicóloga clínica em questão tem o direito de cessar a sua colaboração na investigação a qualquer momento do processo.

Pelo término da investigação, a terapeuta será convidada para uma sessão de partilha de resultados e processo de *feedback* entre os elementos da equipa responsável pelo estudo. Se for do interesse do/a cliente, será ainda desenvolvida uma sessão com o mesmo propósito entre o/a cliente e elementos da equipa de investigação. A equipa responsável pelo estudo disponibiliza-se, a qualquer momento, para a resposta a qualquer solicitação ou necessidade e para o esclarecimento de qualquer questão que venha a surgir ao longo do processo.

ASSIM SENDO:

Declaro que, conhecendo os objetivos gerais do estudo, aceito participar voluntariamente no mesmo. Estou ciente que as informações recolhidas ao longo do processo psicoterapêutico serão salvaguardadas ao nível do anonimato e confidencialidade do/a cliente, em particular no que toca às suas respostas aos questionários e às gravações. Os resultados do estudo e *feedback* do processo serão discutidos numa sessão entre os elementos da equipa de investigação, além de partilhados com o/a cliente numa sessão específica para

o efeito. Fui informada da possibilidade de, a qualquer momento, poder desistir da minha colaboração na investigação.

_____, ____ de _____ de 2017

Assinatura:
